

University of Groningen

Inzicht in de houding van Voedselbankklanten ten opzichte van medische zorg

Lankhorst, Ann; Kottink, Bram; Wiersma, Bas; van der Wijk, Jitske; Evenboer, Els

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2020

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Lankhorst, A., Kottink, B., Wiersma, B., van der Wijk, J., & Evenboer, E. (2020). *Inzicht in de houding van Voedselbankklanten ten opzichte van medische zorg*. Science Shop, University of Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Honours Master Programme
Leadership Lab
Voedselbank Groningen Stad

Juli, 2020

Inzicht in de houding van Voedselbankklanten ten opzichte van medische zorg



Auteurs:

Ann Lankhorst (S2524244)
Bram Kottink (S3152316)
Bas Wiersma (S3106993)
Jitske van der Wijk (S3200787)

Samenvatting

Sinds 2020 voert Provincie Groningen een nieuw armoedebelief waarbij de nadruk vooral op preventie van armoede ligt. Voedselbank Groningen Stad levert een bijdrage door een Tienpuntenplan op te stellen om mogelijkheden uit te lichten ter voorkoming van armoedeproblemen in Groningen. Eén van de beschreven mogelijkheden gaat over nalatig gebruik van gezondheidszorg onder klanten van Voedselbank Groningen Stad.

Om deze hypothese te onderzoeken is de onderzoeksvraag ‘Wat is de houding van klanten van Voedselbank Groningen Stad ten aanzien van medische zorg?’ opgesteld. Aan de hand van literatuurstudie en descriptieve analyse van 49 interviews met klanten van Voedselbank Groningen Stad is de invloed van financiële krapte op de (lichamelijke en mentale) gezondheid, zorggebruik en de houding van de bezoekers van Voedselbank Groningen Stad ten opzichte van medische zorg in kaart gebracht.

De onderzoeksresultaten wijzen uit dat klanten van Voedselbank Groningen Stad gebruikmaken van gezondheidszorg en over het algemeen de medische zorg bereikbaar vinden, maar ook regelmatig zorgmijdend gedrag vertonen. De drempels voor het zoeken en gebruik maken van medische hulp zijn met name te vinden in de kosten van medische zorg enerzijds en anderzijds, in bestaande twijfels over de betrouwbaarheid van medische zorg. Zorgmijding door kosten kan vooral worden verklaard door betaalbaarheid; respondenten verwachten dat zorggebruik samengaat met kosten voor specialistenbezoek, behandeling of medicatie. Zorgmijding door wantrouwen kan daarentegen mogelijk worden verklaard door de mate van *health literacy* (gezondheidsvaardigheden), waardoor de respondenten de (huis)arts moeilijker kunnen begrijpen en het lastig vinden om het zorgsysteem te doorgronden.

Zowel respondenten als literatuur gaven suggesties voor implicaties om de ervaren drempels op te heffen. Om de betaalbaarheid van gezondheidszorg te vergroten zou een inkomensafhankelijk eigen risico een optie zijn. Ook kan er gedacht worden aan het vergoeden vanuit tandartskosten vanuit het basispakket. Om het vertrouwen in de gezondheidszorg toe te laten nemen bij individuen met minder *health literacy* zouden (huis)artsen meer aandacht kunnen vestigen op differentiatie tussen verschillende groepen in de samenleving; bijvoorbeeld door minder vaktaal te gebruiken.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inhoudsopgave	3
1. Introductie	5
2. Literatuuronderzoek	9
2.1 Introductie	9
2.2 Algemene schuldensituatie Nederland	9
2.3 Situatie in Groningen	10
2.4 Oorzaken armoede	11
2.5 Verband tussen sociaal-economische status en lichamelijke gezondheid	11
2.7 Verband tussen sociaal-economische status en mentale gezondheid	13
2.8 Percepties van medische zorg	14
3. Methodes	16
3.1 Introductie	16
3.2 Deelnemers aan het onderzoek	16
3.3 Operationalisatie	17
3.5 Analyse-opzet	18
4. Resultaten	19
4.1 Demografische gegevens en schuldensituatie	19
4.1.1 Demografische gegevens	19
4.1.2 Schuldensituatie	20
4.2 Eigen gezondheid en zorggebruik	22
4.2.1 Fysieke en mentale gezondheid	22
4.2.2 Zorggebruik: tandarts	25
4.2.3 Zorggebruik: huisarts	26
4.2.4 Zorggebruik: overige zorgverleners	27
4.3 Ziekten en medicijngebruik	28
4.3.1 Chronische gezondheidsproblemen	28
4.3.2 Zorggebruik en medicatie bij chronische gezondheidsproblemen	29
4.3.3 Gebruik van overige medicatie	31
4.4 Nalatigheid van zorggebruik	32

4.4.1 Fysieke en mentale klachten	32
4.4.2 Reden van zorgmijding	32
4.4.3 Gevolgen van zorgmijding	32
4.5 Houding ten opzichte van medische zorg	32
4.5.1 Betaalbaarheid van gezondheidszorg	33
4.5.2 Bereikbaarheid van gezondheidszorg	33
4.5.2 Communicatie	34
4.5.3 Vertrouwen in de gezondheidszorg	34
4.5.4 Bezorgdheid over gezondheid	34
4.5.5 Gezondheid verbeteren	35
4.5.6 Suggesties voor verbetering van gezondheidszorg	36
5. Conclusie	37
Deelvraag 1 & 2: Schuldensituatie van bezoekers van Voedselbank Groningen Stad	37
Deelvraag 3: Lichamelijke en mentale gezondheid	38
Deelvraag 4: Zorggebruik	38
Deelvraag 5: Drempels voor benutten van zorg	39
Deelvraag 6: Opheffen van drempels	40
Algemene conclusies	40
6. Discussie	42
Literatuurlijst	43
Bijlage 1: Mail klanten	49
Bijlage 2: Vragenlijst	51

1. Introductie

De Nederlandse krantenkoppen liegen er niet om: het aantal personen dat naar de Voedselbank gaat in Nederland is gestegen de afgelopen jaren (nos.nl, 06-03-2019; nos.nl, 20-08-2019; metronieuws.nl, 06-03-2019). NOS meldt dat in 2019 wekelijks ongeveer 140.000 personen de Voedselbank bezochten en dat dit 6% meer is dan in 2018 (nos.nl, 06-03-2019). In Groningen komt deze stijging met name voort uit de opkomst van de groep ‘werkende armen’ (rtvnoord.nl, 22-11-2019). Het inkomen van deze werkenden is lager dan de inkomensgrens van de Voedselbank waardoor zij gebruik mogen maken (en in bepaalde zin ook wel hiertoe genoodzaakt zijn) van de diensten van de Voedselbank. Een daling in het aantal inschrijvingen bij de Nederlandse Voedselbanken zit er voorlopig niet in vanwege de huidige COVID-19 crisis omdat zich daardoor zowel een verlies van banen als van inkomen zal voordoen in Nederland. Voedselbank Nederland verwacht namelijk tienduizenden extra klanten door deze crisis (ND, 10-04-2020). Niet alleen de overkoepelende organisatie verwacht een stijging, ook meerdere lokale voedselbanken gaan uit van – of ervaren reeds – een toename in hun aantal klanten (Streekblad, 15-04-2020; De Halterse Krant; De Zuidwest Krant, 28-04-2020; De Gooi- en Eemlander, 15-04-2020; NH nieuws, 20-04-2020; De Puttenaer, 26-04-2020).

Vanzelfsprekend is het gebrek aan financiële middelen de voornaamste reden van mensen om de Voedselbank te bezoeken. Ulfert Molenhuis, (voormalig) directeur van Voedselbank Groningen Stad, vertelt dat klanten van de Voedselbank gemiddeld achttien schuldeisers hebben en een gemiddelde schuld van €40.000. Hij stelt dat het grootste deel van deze schulden bestaat uit kosten voor het oplossen van/werken aan de schulden. Een betalingsachterstand bij een ziektekostenverzekeraar kost bijvoorbeeld al €30 per maand extra, bovenop het reguliere maandelijkse bedrag. NOS meldt dat in de lagere inkomensklassen 25 tot 29% van de personen een betalingsregeling heeft met hun zorgverzekeraar (nos.nl, 14-9-2019).

De Groninger Internet Courant (13-12-2019) meldt dat de provincie Groningen vanaf 2020 een nieuw armoedebeleid hanteert om problemen ten gevolge van armoede, denk aan het opbouwen van schulden, te voorkomen. Eerder lag de focus met name op het (achteraf) oplossen van armoedeproblemen in de provincie Groningen. Hiervoor heeft Voedselbank Groningen Stad het Tienpuntenplan opgesteld waarin zij tien mogelijkheden beschrijven die kunnen bijdragen aan het voorkomen van armoedeproblemen in Groningen.

De tien punten uit het Tienpuntenplan luiden als volgt (overgenomen uit de brochure van de Voedselbank over het Tienpuntenplan):

1. Je kunt (consumptief) alleen maar iets ontvangen als je het hebt betaald. Hierdoor verandert het koopgedrag, komt men niet meer in de verleiding en daalt het aantal schuldeisers sterk.
2. De Schuldhulpverlening moet op de schop. De schuldsanering zou na aanmelding binnen twee maanden dossier-compleet moeten zijn. Schuldeisers die een aanbod van het GKB ontvangen, reageren binnen een maand en doen anders niet mee in de sanering. Het spel kan nu binnen vier maanden na aanmelding op de wagen. Iedereen die in dit traject terecht komt, krijgt de verplichting een preventiecursus te volgen en dossier hulp te accepteren. Beter nog: de introductie van het Zweedse model.
3. Stel je hebt een schuld van € 1.000 en je hebt niet de middelen en geen netwerk om de schuld in te lossen. De inningskosten lopen snel op en verdubbelen de schuld. Als mensen langere tijd schulden hebben en maken, dan is soms de helft de werkelijk gemaakte schuld en de andere helft zijn de kosten van die schuld.
4. Door het eigen risico maken mensen in armoede nauwelijks nog gebruik meer van medische zorg. Door dit risico inkomensafhankelijk te maken of een Nationaal Zorgfonds, hef je dit op.
5. Als mensen meer bereid zouden zijn te delen, dan zou dat bv. de Voedselbanken overbodig maken.
6. Schaamte brengt arme kinderen in een nog slechtere positie. Door ze te laten zien wat het ze kost als ze zich schamen voor armoede en wat het oplevert als ze het schaamtekleed durven af te werpen, wordt de positie van deze kinderen positief beïnvloed.
7. Arme mensen zijn aan het overleven, dat betekent dat er geen ruimte in hun hoofd is om er iets in te stoppen als sollicitatieplicht, cursussen volgen, enz. Zorg eerst voor bandbreedte (ruimte), dan is er een goede kans om zich te ontzorgen.
8. Ongeveer 30% van de inwoners van de stad is student en zij brengen de stad heel veel. Door de aanwezigheid van veel studenten en minima in de stad is er nu sprake van een stevige verdringing op de arbeidsmarkt. Dit is een van de redenen waarom het voor minima lastig is om een baan te krijgen. Een van de gevolgen hiervan is dat zij niet uit de armoede kunnen komen en zodoende in Groningen veruit de meeste kinderen in Nederland opgroeien in armoede.
9. Het terugdringen van armoede is niet eenvoudig en in de stad Groningen nog extra gecompliceerd door het uitzonderlijk hoge aantal studenten. Wij pleiten er voor dat de RUG en/of de Hanzehogeschool Groningen een brede studie verrichten om de werkelijke oorzaken van de armoede in deze stad in kaart te brengen en met oplossingen komen die er daadwerkelijk voor kunnen zorgen dat de armoede hier substantieel afneemt.
10. De kloof tussen arm en rijk is groot en groeit zelfs. Is armoede een zaak van de arme alleen, of van de buurt of wijk waar deze woont, van het dorp of de stad of van de gehele samenleving? Wij willen de rijke wijken aandeelhouder maken van de problematiek van de arme wijken, door stabiele gezinnen rechtstreeks te koppelen aan arme gezinnen.

In een gesprek met Ulfert Molenhuis en Els Evenboer (Coördinator Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid en daarnaast onze begeleider vanuit de RUG) is de onderzoeksbehoefte van Voedselbank Groningen Stad en onze eigen onderzoeksinteresse besproken. Op basis daarvan is er in samenspraak besloten dat het vierde punt uit dit Tienpuntenplan centraal staat in dit onderzoek. Dit punt luidt als volgt: *“Door het eigen risico maken mensen in armoede nauwelijks nog gebruik [...] van medische zorg. Door dit risico inkomensafhankelijk te maken hef je dit [effect] op”* en zullen mensen die leven in een situatie van armoede de medische zorg mogelijk weer als toegankelijk ervaren (Tienpuntenplan Voedselbank Groningen Stad, p.7).

Over de invloed van het eigen risico op het vermijden van medische zorg zijn tientallen nieuwsberichten en artikelen in vakbladen als *Medisch Contact* verschenen de afgelopen jaren. In het hoofdstuk waarin de literatuurstudie wordt besproken (hoofdstuk 2), wordt deze relatie vanuit academisch oogpunt bekeken. In deze introductie halen we het journalistische - niet-wetenschappelijke - oogpunt aan om de urgentie van dit onderwerp in de maatschappij uit te lichten. Het instellen van het eigen risico – maar met name het verhogen van het eigen risico naar €385 euro – lijkt een groei van 15% in het aantal zorgmijders tot gevolg te hebben (rtlnieuws.nl, 23-01-2017; Medisch Contact, 17-10-2018). Hiervoor is volgens de krantenartikelen een aantal redenen aan te voeren. Allereerst lijkt bijna een derde van de mensen niet te weten dat een bezoek aan de huisarts niet onder het eigen risico valt (nos.nl, 21-09-2015). Ten tweede zou het kunnen dat mensen een bezoek aan de huisarts vermijden uit angst voor vervolgcosten, bijvoorbeeld doordat zij medicijnen voorgeschreven krijgen of doorgestuurd worden naar een specialistische arts (Ibid.; Medisch Contact, 17-10-2018).

Hoewel de meeste nieuwsbronnen niet specifiek uitlichten welke inkomensgroep zorg mijdt vanwege het eigen risico, concludeert FlevoPost (27-11-2018) het volgende: ‘in bijna alle gevallen zijn redenen om zorg te mijden terug te voeren op armoede’. Het is daarom aannemelijk dat klanten van de Voedselbank hun financiën – en daarmee gepaard gaande het eigen risico – als reden zien om zorg te mijden. Echter, het is niet bekend of zij daadwerkelijk zorg mijden en waarom zij wel of niet gebruikmaken van medische zorg. Om dit te onderzoeken voor Voedselbank Groningen Stad, hebben wij de volgende hoofd- en deelvragen opgesteld:

Hoofdvraag:

- Wat is de houding van klanten van Voedselbank Groningen Stad ten aanzien van medische zorg?

Deelvragen:

- Algemene situatie:
 - Hoe ziet de schuldensituatie van klanten van Voedselbank Groningen Stad eruit?
 - Waardoor zijn zij in de schulden terecht gekomen en hoe groot zijn de schulden?
- Focus op medische zorg:
 - Hoe schatten klanten van Voedselbank Groningen Stad hun eigen lichamelijke en mentale gezondheid in?
 - Hoe ziet het werkelijke zorggebruik van klanten van Voedselbank Groningen Stad eruit?
 - Denk aan: hoe vaak bezoeken zij de huisarts/tandarts/specialist per jaar? Welk type zorg hebben zij nodig? Gebruiken ze medicijnen? Lijden zij aan chronische ziekten?
 - Ervaren klanten van Voedselbank Groningen Stad drempels voor het benutten van medische zorg?
 - Denk aan: eigen risico
 - In hoeverre is het mogelijk om eventuele drempels op te heffen?

Middels dit onderzoek trachten wij in kaart te brengen in hoeverre klanten van Voedselbank Groningen Stad medische zorg mijden vanwege hun financiële omstandigheden/situatie. Ook gaan wij op zoek naar hun motivaties voor het al dan niet vermijden van deze medische zorg. De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is hoog. Uit verschillende nieuwsberichten blijkt namelijk dat het vermijden van medische zorg ernstige gevolgen kan hebben, zowel op de korte als op de langere termijn. Zo kunnen zorgmijders bijvoorbeeld nog ernstige medische klachten krijgen en de kosten van medische zorg kunnen nog hoger worden doordat zij later medische hulp zoeken (Smith et al., 2018; Het Parool, 08-11-2017; nos.nl, 21-09-2015). Met dit onderzoek proberen wij daarom verkennend onderzoek te doen omtrent punt vier van het Tienpuntenplan en het nieuwe armoedebelief van de Provincie Groningen. Armoedeproblematiek moet voorkomen worden.

2. Literatuuronderzoek

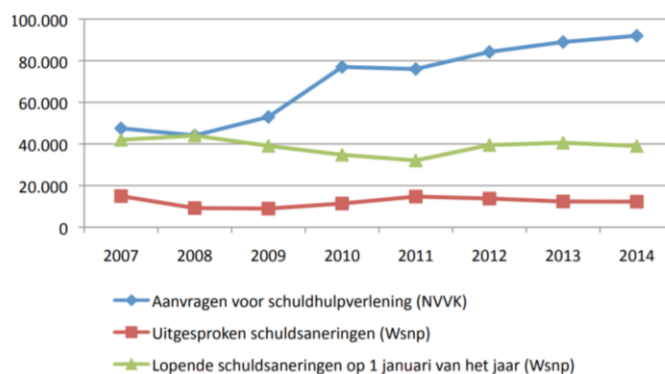
2.1 Introductie

Dit hoofdstuk behandelt relevante literatuur vanuit verschillende disciplines met betrekking tot de onderzoeksvraag: *‘Wat is de houding van klanten van Voedselbank Groningen Stad ten opzichte van medische zorg?’*. Eerst wordt de algemene schuldensituatie van individuen in Nederland aan de orde gesteld (paragraaf 2.2) waarna wordt gespecificeerd hoe de schuldensituatie in Groningen eruit ziet (paragraaf 2.3). In paragraaf 2.4 worden enkele oorzaken voor armoede benoemd en in paragraaf 2.5 wordt de overgang gemaakt naar de relatie tussen armoede en gezondheidszorg door ziekte en gezondheid te definiëren. Vervolgens wordt het verband tussen sociaal-economische status en lichamelijke gezondheid (paragraaf 2.6) verklaard en daarna het verband tussen sociaal-economische status en mentale gezondheid (paragraaf 2.7). Tot slot wordt de perceptie van individuen ten opzichte van gezondheidszorg besproken (paragraaf 2.8) en het werkelijke zorggebruik (paragraaf 2.9).

2.2 Algemene schuldensituatie Nederland

Volgens het rapport “Huishoudens in de rode cijfers 2015” (Westhof & De Ruig, 2015) blijkt dat bijna een op de vijf huishoudens (17,4-18,8%) te maken heeft met risicovolle schulden. Het overgrote deel hiervan (15,7%, 1,2 miljoen huishoudens) behoort tot de onzichtbare schulden wat inhoudt dat de huishoudens niet bekend zijn bij de formele schuldhulpverleningsinstanties. Simultaan aan deze ontwikkeling is ook een toename van de hoeveelheid schuldhulpverlening aanvragen geobserveerd, te zien in figuur 1. Bij het gebruik van deze getallen moet er rekening gehouden worden met het feit dat het hierbij gaat om een schatting naar aanleiding van grootschalige enquêtes. Uit deze schattingen is wel te beredeneren waarom de overheid de schuldensituatie van veel huishoudens een zorgwekkende ontwikkeling vindt, aangezien er een stijgende tendens zit in het aantal schuldhulpverlening aanvragen.

Verder blijkt dat deze de groep met problematische schulden vooral bestaat uit individuen met een relatief lage opleiding (Tiemeijer, 2016). Dit is een belangrijk punt om mee te nemen in de schuldhulpverlening, communicatie en regelgeving rondom deze feiten.



Figuur 1: Overzicht van aantal schuldhulpaanvragen en schuldsaneringen

2.3 Situatie in Groningen

Uit onderzoeken van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) Groningen is gebleken dat het percentage huishoudens in Groningen dat een laag inkomen heeft hoger is dan het Nederlands gemiddelde (Sociaal Planbureau Groningen, z.d.). Van de huishoudens in de Gemeente Groningen (2018) heeft 14,0% een laag inkomen, vergeleken met een Nederlands gemiddelde van 7,9% van de huishoudens (Sociaal Planbureau Groningen, z.d.). Als er over de gehele provincie Groningen wordt gekeken is dit percentage 10,4%, ver boven het Nederlandse gemiddelde. In deze statistieken zijn studenten huishoudens niet meegenomen.

Als specifiek wordt gekeken naar de onderliggende kenmerken van de groepen met een laag inkomen, dan wordt er al snel gezien dat alleenstaanden en eenoudergezinnen met minderjarige kinderen meer kans hebben om in de schulden terecht te komen omdat ze met één of geen inkomen hun lasten moeten betalen. 18,3% van de eenpersoonshuishoudens had in 2018 een laag inkomen, tegenover het Nederlandse gemiddelde van 14,1%. Als er wordt gekeken naar langdurige armoede onder eenpersoonshuishoudens dan komt Groningen (9,6% van de eenpersoonshuishoudens) ook uit onder het Nederlandse gemiddelde (6,9%). Bij de eenoudergezinnen is een vergelijkbaar beeld te zien, met 19,9% van de eenouderhuishoudens met een laag inkomen ligt Groningen ook hierboven het Nederlands gemiddelde van 14,7%. Provincie breed springt met name de gemeente Delfzijl boven de andere gemeenten uit, hier leefde 23,5% van de eenoudergezinnen in 2018 met een laag inkomen (Sociaal Planbureau Groningen, z.d.).

Gepensioneerden worden in Groningen het minst getroffen door armoede, het probleem was het grootst bij jonge huishoudens (<25 jaar). Zodra de hoofdkostwinner ouder wordt, neemt het risico op kortdurende armoede af. Het risico op langdurige armoede wordt juist groter wanneer de kostwinner ouder wordt. Volgens het Sociaal Planbureau Groningen komt dit doordat de kans om afhankelijk te worden van een uitkering toeneemt bij hogere leeftijd. Deze kans neemt toe tot de pensioengerechtigde leeftijd, waarna het risico op armoede sterk afneemt. Slechts 2,5% van de 65-plussers in de provincie Groningen heeft een laag inkomen. Dit wordt veroorzaakt doordat ouderen een AOW-pensioen krijgen boven deze leeftijd, welke nog in veel gevallen wordt aangevuld door een aanvullend pensioen en inkomsten uit vermogen (Sociaal Planbureau Groningen, z.d.).

Tenslotte hebben gezinnen van niet-westerse afkomst relatief gezien vaker een laag inkomen. In 2018 had 36,6% van alle niet-westerse gezinnen in Groningen een laag inkomen, waarvan 19,7% een langdurig laag inkomen heeft. Dit percentage is aanzienlijk hoger dan de Nederlandse gemiddelden voor niet-westerse gezinnen; hiervan had 24,6% van de gezinnen in 2018 een te laag inkomen, met 12,3% welke een langdurig laag inkomen hadden (Sociaal Planbureau Groningen, z.d.).

2.4 Oorzaken armoede

Volgens het rapport van Panteia uit 2009 (Westhof & De Ruig, 2015) ontstaan schulden zelden vanuit één factor. Het is in veruit de meeste gevallen een samenspel van verschillende factoren die samen leiden tot het ontstaan van een risicosituatie die kan verergeren tot problematische schulden. Er zijn hierbij vier clusters van oorzaken te onderscheiden (Van Ommeren, De Ruig & Vroonhof, 2009):

1. ***Gebrekkig financieel beheer.*** Hierbij kan er gedacht worden aan gebrekkig budgetteren, geen financiële kennis (denk aan kennis van beschikbare toeslagen) en ontoereikend financieel overzicht.
2. ***Terugval in inkomen.*** Door een afname van het beschikbare inkomen kan er een schuldsituatie ontstaan en worden versterkt. In veel gevallen gaat het hierbij om huishoudens die al in een penibele situatie zitten, deze worden door het afnemen van de inkomsten verder in de moeilijkheden gedrukt.
3. ***Een te hoge levensstandaard voor het beschikbare inkomen.*** Door een te excessief bestedingspatroon voor het inkomen van de huishoudens neemt het risico op schulden toe. Hierbij kan gedacht worden aan een te grote woonsituatie of de neiging om grote (impuls)uitgaven te doen op afbetaling.
4. ***Tenslotte zijn er overige factoren die leiden tot een schuldsituatie.*** Enkele voorbeelden hiervan zijn een verslaving, overkreditering of het verergeren van de situatie door particuliere hulpverlening (Van Ommeren, De Ruig & Vroonhof, 2009).

Zoals in de introductie al werd genoemd, wordt armoede regelmatig in verband gebracht met het mijden van medische zorg. Dit kan leiden tot mentale en fysieke gezondheidsproblemen, die kunnen verergeren door het niet opzoeken van medische hulp. In het kader hiervan, is het van belang te definiëren wat ‘gezondheid’ en ‘ziekte’ precies betekenen en welke verbanden er te vinden zijn in de literatuur tussen gezondheid, ziekte en inkomenssituaties. Dit wordt gedaan in de volgende paragrafen.

2.5 Verband tussen sociaal-economische status en lichamelijke gezondheid

Een lage sociaal-economische status (SES) houdt veelal verband met een verminderde lichamelijke gezondheid (Van Rijnsoever et al., 2011). Voor dit verband worden in de literatuur verschillende verklaringen aangedragen. Ten eerste zouden individuen met deze inkomensklasse vaker ongezonde leefgewoonten hanteren. Uit onderzoek blijkt dat deze individuen vaker roken, een hogere alcoholconsumptie hebben, minder fysieke activiteit hebben en veel koffie drinken (Schrijvers et al., 1999). Clarke (2010) schrijft eveneens over roken en alcoholconsumptie maar geeft een toevoeging door

te benoemen dat de voedselconsumptie een belangrijke rol speelt. Individuen met een lage sociaal-economische status zouden minder verse groenten, fruit en volkoren producten consumeren waardoor zij minder vezels en meer suiker tot zich nemen. Hierbij is overigens niet altijd sprake van onwil of een gebrek aan kennis over gezonde voeding. Dikwijls hebben individuen kennis van een gezond dieet maar ontbreekt het aan de middelen om aan gezonde voedingsmiddelen te komen (Clarke, 2010). Hierin kan de Voedselbank een belangrijke rol vervullen.

Ten tweede heeft deze groep vaak te kampen met woon- en werkomstandigheden die niet ideaal zijn. De kwaliteit van de algehele levensstandaard is toegenomen in de afgelopen decennia waardoor infectieziekten zich minder snel verspreiden (Clarke, 2010). Toch blijft er een relatie bestaan tussen de woonomstandigheden van individuen met lage SES en hun gezondheid. Het probleem zit vaak in de locatie van de woonsituatie; het komt dikwijls voor dat deze individuen weinig recreatiemogelijkheden en veilige speelplaatsen in de buurt hebben (Clarke, 2010) of problemen in de buurt of met hun huis zoals kou of damp (Schrijvers et al., 1999). Daarnaast komt het nogal eens voor dat er sprake is van een groot aantal mensen op kleine oppervlakten, dat ook een indicator blijkt te zijn voor onprettige woonomstandigheden die een slechte gezondheid in de hand werken (Van Lenthe et al., 2002).

Ten derde ontbreekt het dikwijls aan sociale steun terwijl mensen een sterke behoefte hebben om 'ergens bij te horen' en onderdeel zijn van een groep. De aanwezigheid van een sociaal netwerk (vrienden en familie) rondom een individu kan voorzien in sociale steun; oftewel emotionele, praktische en financiële bijstand. Deze vormen van sociale steun kunnen voorzien in een buffereffect (Cohen & Wills, 1985). Dat wil zeggen dat steun vanuit de sociale omgeving de negatieve gevolgen van stress door een moeilijke levenssituatie kan verlichten (Rosenthal, Gesten & Shiffman, 1986). Het blijkt dat een lage sociaal-economische status verband houdt met een verminderde toegang tot hulpbronnen - ook wel sociale steun - in hun sociale netwerk (Campbell, Marsden & Hurlbert, 1986). Dit betekent dat individuen die in een schuldensituatie leven, en dus een lage sociaal-economische status hebben, over het algemeen een kleiner sociaal netwerk hebben. Op deze manier kunnen ze hun behoefte aan sociaal contact niet (volledig) bevredigen en krijgen zij bovendien minder sociale steun. Op deze manier is er geen bescherming tegen de negatieve gevolgen van stress. De kans op lichamelijke uitingen van het gebrek aan sociale steun is groot omdat mensen sociaal contact nodig hebben (referentie).

Tot slot is er sprake van een moeilijke toegang tot gezondheidszorg bij de categorie individuen met een lage socio-economische status (Van Rijnsoever et al., 2011). De toegankelijkheid van gezondheidszorg betekent voor de individuele burger dat hij weet waar passende zorg beschikbaar is en dat hij in staat is om deze kosten te betalen (Smits, Droomers & Westert, 2003). Dit wil zeggen dat individuen over een bepaalde mate van 'gezondheidsvaardigheden' moet beschikken om adequaat gebruik te maken van zorg. In essentie is de toegang tot zorg voor een ieder gelijk maar de gezondheidsvaardigheden bepalen

(deels) of individuen hun weg naar de zorg vinden en daar ook gebruik van maken. Gezien het feit dat in Nederland een eigen risico geldt voor verschillende vormen van zorg, is het mogelijk dat individuen met een lage sociaal-economische status een drempel ervaren om gebruik te maken van zorg(instellingen). Men kan enige terughoudendheid voelen om een specialist te bezoeken wegens mogelijke kosten; in dat geval ontstaat een economische barrière naast de kennis die nodig is om adequaat gebruik te maken van zorg.

2.7 Verband tussen sociaal-economische status en mentale gezondheid

Daarnaast houdt een lage sociaal-economische status eveneens verband met een verminderde mentale gezondheid (Clarke, 2010). Dit geldt nog sterker voor individuen in een schuldensituatie (Van Rijnsoever et al., 2011). Hiervoor zijn wederom meerdere verklaringen te geven. Een belangrijke verklaring hiervoor is dat individuen met schulden dikwijls niet kunnen voldoen aan de plichten die de samenleving oplegt, zoals het betalen van huur en overige vaste lasten. Het onvermogen om te voldoen aan dergelijke plichten kan leiden tot stress en onzekerheid. De mentale gevolgen van langdurige stress episoden kunnen bestaan uit overspanning, burn-out en een vermindering van de mentale weerbaarheid (Verkuil & Van Emmerik, 2007).

Daarnaast kan een armoedesituatie de cognitieve vermogens van individuen aantasten. Zij zijn geneigd om op de korte termijn te denken en op basis daarvan (levens)keuzes te maken (Plantinga, Zelenberg & Breugelmans, 2018). Dit betekent dat het lastig is voor deze individuen om keuzes te maken die gunstig zijn voor verbetering van de situatie op de lange termijn waardoor ze mogelijk langer in een situatie blijven die hun mentale gezondheid niet ten goede komt. Bovendien doet achteruitgang van de cognitieve vermogens op zichzelf ook geen goed aan het mentale welbevinden van individuen.

Tot slot kan een gebrek aan sociale steun ook invloed hebben op de mentale gezondheid. In paragraaf 2.6 kwam het belang van sociale verbondenheid al aan de orde. Dit blijkt ook van groot belang voor de mentale gezondheid van individuen. Sociaal contact blijkt echter een lastige factor voor mensen in schuldsituaties. Dat komt omdat sociale activiteiten vaak gepaard gaan met financiële kosten; bijvoorbeeld door elkaar te ontmoeten in een horecagelegenheid, een pretpark, bioscoop of dierentuin te bezoeken of een geschenk te geven op verjaardagen en visites. Onderzoek laat zien dat individuen die moeite hebben met het betalen van deze kosten, dergelijke sociale activiteiten trachten te vermijden (Eckhard, 2018). Het onderhouden van succesvolle relaties binnen de gemeenschap die voldoening geven, is cruciaal voor het mentale welbevinden van individuen (Cohen & Wills, 1985). Dit betekent dat individuen met een lage sociaal-economische status maatschappelijke uitsluiting kunnen ervaren en dat doet afbreuk aan de mentale gezondheid van deze individuen.

2.8 Percepties van medische zorg

De manier waarop individuen kijken naar medische zorg, oftewel hun houding ten opzichte van medisch zorg, heeft te maken met hun gezondheidsvaardigheden (*health literacy*). Die term verwijst naar de mate waarin men over noodzakelijke vaardigheden beschikt om zich te kunnen bewegen binnen het gezondheidsdomein; oftewel de zorg en gezonde levenswijze (Berkman et al., 2011). Een specifieke definitie luidt: ‘*de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen*’ (Sørensen et al., 2012; Heijmans, Brabers & Rademakers, 2018).

Uit onderzoek blijkt dat gezondheidsvaardigheden een belangrijke determinant vormen voor gezondheidsverschillen tussen verschillende sociaal-economische klassen (Heijmans et al., 2018). Mensen met een lage sociaal-economische status blijken over minder gezondheidsvaardigheden te beschikken dan mensen met een hoge sociaal-economische status. Dit heeft gevolgen voor de houding van deze individuen ten opzichte van medische zorg. Het blijkt dat deze individuen het moeilijk vinden om bij de benodigde vormen van zorg terecht te komen, maar ook meer zorg gebruiken. Daarnaast blijkt het lastiger om te begrijpen wat medisch specialisten (artsen die een inhoudelijk arts-patiënt gesprek kunnen en mogen voeren) communiceren (Heijmans et al., 2018)

In dit onderzoek wordt aandacht besteed aan de manier waarop bezoekers van de Voedselbank in Groningen tegen medische zorg aankijken. Het doel hiervan is om te ontdekken of men daardoor meer of juist minder gebruik maken van zorg. Daarnaast kunnen eventuele drempels worden geïnventariseerd die men ervaart bij het zoeken van de juiste hulp.

2.9 Zorggebruik

Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat individuen met een lage sociaal-economische status vaker naar de huisarts gaan dan individuen met een hoge sociaal-economische status. Ze maken daarentegen minder vaak gebruik van specialistische zorg. Dat geldt zowel op lichamelijk gebied; men bezoekt minder vaak een specialist in het ziekenhuis, als op mentaal gebied; men bezoekt vaker een maatschappelijk werker dan een psycholoog of psychiater (Smits, Droomers & Westert, 2003). Dit zou kunnen betekenen dat de kosten die met zorggebruik gepaard gaan een drempel opwerpen; over het algemeen is een bezoek aan de huisarts in Nederland gratis en worden de kosten van specialistische zorg in rekening gebracht. Wellicht is hier sprake van een drempel voor individuen met een lage sociaal-economische status om over te gaan tot zorggebruik omdat ze angst hebben voor het maken van kosten.

In 2007 werd ook een Nederlands onderzoek uitgevoerd naar het zorggebruik onder verschillende groepen waar, onder andere, hoge en lage sociaal-economische status werd onderscheiden (Kunst et al., 2007). De resultaten lieten zien dat het zorggebruik onder individuen met een lage sociaal-economische status hoger was op gebied van bezoeken aan huisarts, ziekenhuis en medicijngebruik dan onder individuen met een hoge sociaal-economische status. De alternatieve geneeskunde wordt daarentegen intensiever gebruikt door individuen met een hoge sociaal-economische status (Kunst et al., 2007).

De literatuur geeft op dit punt nog geen eenduidig beeld van de Nederlandse situatie rondom zorggebruik. We hopen met dit onderzoek duidelijker in kaart te brengen hoe het zorggebruik, uitgesplitst naar verschillende vormen van zorg, eruit ziet voor de bezoekers van de Voedselbank in Groningen. Er zal specifiek worden gevraagd naar redenen om wel of geen gebruik te maken van gezondheidszorg, op die manier kunnen eventuele drempels die men ervaart voor het voetlicht worden gebracht.

3. Methoden

3.1 Introductie

Om de houding en percepties ten opzichte van medische zorg van de klanten van Voedselbank Groningen Stad te onderzoeken, is gekozen voor een onderzoeksmethode die kwantitatief van aard is in de vorm van een vragenlijst bestaande uit zowel open en meerkeuzevragen. De eerste paragraaf geeft een beschrijving van de gehele populatie, de uiteindelijke steekproef en de non-respons. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de manier waarop de data is verzameld door het onderzoeksontwerp toe te lichten. Daarna komen operationalisaties aan bod, oftewel een beschrijving van de meetinstrumenten. Tot slot de analyse-opzet waarin beschreven staat hoe de verkregen data wordt geanalyseerd.

3.2 Deelnemers aan het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen wat de houding van klanten van Voedselbank Groningen Stad ten opzichte van medische zorg is. Deze Voedselbank verstrekt wekelijks voedselpakketten aan 600 huishoudens (Voedselbank Groningen Stad, z.d.), wat de gehele populatie vormt die bevraagd zou kunnen worden. Wegens tijdsoverwegingen wordt uit deze populatie een steekproef getrokken. Allereerst heeft Voedselbank Groningen Stad een email naar al haar klanten gestuurd waarin het onderzoek wordt aangekondigd en waarin stond dat de voedselbankklanten binnen een week per mail konden melden dat zij niet willen deelnemen aan het onderzoek (zie bijlage 1).

Uit het klantenbestand - exclusief de klanten die per mail aan de Voedselbank hebben doorgegeven niet te willen deelnemen aan het onderzoek - heeft Voedselbank Groningen Stad een aselechte steekproef getrokken. Het streven was dat er ongeveer tachtig huishoudens (vijftien per persoon) gebeld zouden worden om ervoor te zorgen dat de resultaten van het onderzoek enigszins representatief zijn. Wij hebben de lijst met telefoonnummers die door de Voedselbank werd aangeleverd, gebeld vanaf de distributielocatie van Voedselbank Groningen Stad om ervoor te zorgen dat de data volgens AVG-wetgeving verzameld werd. De belmomenten vonden plaats tussen half mei en half juni 2020.. Uiteindelijk hebben wij bij 49 klanten de vragenlijst afgenomen.

3.3 Operationalisatie

Hoewel er door de jaren heen allerlei definities van ‘gezondheid’ en ‘ziekte’, en al deze definities vaak niet onomstreden zijn, hebben wij ervoor gekozen de volgende definities te hanteren in dit onderzoek (gericht op zowel lichamelijke als mentale gesteldheid). Allereerst de definitie van gezondheid, geformuleerd door Huber et al. (2001): *‘in staat [zijn] om eigen regie te voeren ten aanzien van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen’*. Gezond zijn hangt dus samen met de manier waarop men zich staande houdt in de verschillende uitdagingen van het leven. Deze definitie legt de nadruk op veerkracht en een integrale aanpak (Flinterman et al., 2019). Ten tweede, wat betreft de definitie van ‘ziekte’ maken wij gebruik van de term ‘disease’. Deze term duidt op de menselijke ervaring van een bepaald disfunctioneren in het lichaam (Clarke, 2010). Deze definitie sluit aan bij de methode van ons onderzoek omdat wij werken met zelfrapportage (hierover meer in hoofdstuk 4).

Voor de dataverzameling werd een gestructureerde vragenlijst als meetinstrument gebruikt, zoals weergegeven in bijlage 2. De vragenlijst is voorafgaand aan de dataverzameling voorgelegd aan en goedgekeurd door Voedselbank Groningen Stad. In totaal bestaat de vragenlijst uit 33 vragen, waarvan een deel open vragen betreft en het overige deel meerkeuzevragen. Het enquêteformulier kan door de onderzoekers worden gebruikt om zowel het antwoord op open vragen op te schrijven als de meerkeuze-antwoorden aan te kruisen. Hieronder volgt een toelichting.

Demografisch variabelen. De eerste vragen (enquêtevraag 1-6) informeren naar enkele demografische gegevens en de persoonlijke schuldensituatie van de respondent. Op deze manier krijgen wij een goed beeld van de samenstelling van onze steekproef. Respondenten konden wat betreft hun gezinssituatie aangeven of zij samenleefden met een partner en of er eventuele kinderen thuis wonen. Vervolgens werd een vraag gesteld over omvang van de schuldensituatie van de respondenten.

Lichamelijke en mentale gezondheid. Vervolgens wordt overgegaan tot de inhoudelijke kern van dit onderzoek, namelijk de houding van de respondenten ten opzichte van medische zorg. Eerst (enquêtevraag 7 en 8) wordt van respondenten gevraagd om een algemene inschatting te geven van hun lichamelijke en mentale gezondheid.

Zorggebruik. Dan komen twee vormen van eerstelijnszorg aan de orde; het zorggebruik van de respondenten bij de huisarts en de tandarts (enquêtevraag 9-13). Respondenten worden bevraagd met welke frequentie zij een huisarts en tandarts jaarlijks bezoeken. Op basis van de antwoorden wordt eventueel doorgevraagd over redenen om wel of geen gebruik te maken van deze zorgvormen. Er wordt ook gevraagd hoe het contact met de huisarts is. Om de gezondheidssituatie van de respondenten iets specifiek te beschrijven, worden gegevens verzameld of respondenten een chronische ziekte hebben, of ze medicijnen gebruiken en of ze nog voor andere klachten een zorgverlener bezoeken (14-17).

Vervolgens wordt ingezoomd op het medicijngebruik van de respondenten met een chronische ziekte. Zij worden gevraagd of ze medicatie gebruiken en of dat op doktersvoorschrift is. Daarna worden respondenten zonder chronische ziekte eveneens bevraagd op medicijngebruik en de consistentie daarvan. Dit thema wordt afgesloten met een open vraag of respondenten nog voor andere klachten een zorgverlener bezoeken.

Dan worden enkele vragen gesteld (enquêtevraag 22-24) over nalatigheid van zorggebruik. Gezien het vermoeden dat sommige mensen in een schuldensituatie kosten vrezen bij zorggebruik, laten zij soms na om een zorgverlener te bezoeken. Om die verwachting te toetsen, wordt gevraagd of respondenten ook lichamelijke of mentale klachten hebben waarvoor zij geen hulpverlener bezoeken en zo ja, waarom dan niet.

De enquête wordt afgesloten met enkele vragen over de algemene houding van respondenten ten opzichte van medische zorg (enquêtevraag 25-30). Respondenten krijgen de vragen voorgelegd of ze de medische zorg betaalbaar vinden, of de zorg bereikbaar is (zowel digitaal/telefonisch als fysiek) en of de respondent zich weleens zorgen maakt over de eigen gezondheid of de gezondheid van gezinsleden. Vervolgens wordt de respondent gevraagd of hij/zij de arts bij een eventueel bezoek goed kan begrijpen. Tot slot worden drie open vragen (enquêtevraag 31-33) gesteld; namelijk in hoeverre de respondent vertrouwen heeft in de gezondheidszorg en wat zou er volgens hen verbeterd moeten worden aan de gezondheidszorg.

3.5 Analyse-opzet

De verkregen data werd voornamelijk descriptief verwerkt middels Excel. Allereerst werd in de resultatenparagraaf de demografische samenstelling van de onderzoekspopulatie beschreven. Daarna werd er een beeld geschetst van de schuldensituatie van de onderzoekspopulatie. Vervolgens zijn we dieper ingegaan op de percepties die onze respondenten hebben van (verschillende aspecten van) de medische zorg. Ook dit hebben we op beschrijvende wijze gedaan. De resultaten zijn aan de hand van de volgende thema's gepresenteerd: gezondheid (en daarmee ook zorgbehoefte), zorggebruik, medicijngebruik, nalatigheid in zorggebruik en de algemene houding ten opzichte van gezondheidszorg. Aan de hand van een beschrijving en analyse van de data - bestaande uit antwoorden op meerkeuze en open vragen - kan een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag.

4. Resultaten

4.1 Demografische gegevens en schuldsituatie

4.1.1 Demografische gegevens

Om een beeld te schetsen van de 49 respondenten die hebben meegewerkt aan de telefonische vragenlijst, wordt een overzicht gegeven van de algemene kenmerken van de steekproef in tabel 1.

Tabel 1: Beschrijving van steekproefkenmerken met behulp van univariate statistieken waaronder gemiddelde (standaarddeviatie), minimum- en maximumwaarde en totaal aantal respondenten

Variable	Gemiddelde (Standaarddeviatie) ^a	Minimum	Maximum	N totaal
Geslacht	53,1% man	0	1	49
Leeftijd	43,6 (12,17)	21	65	
Gezinssituatie	36,7% alleenstaand (met uitwonende kinderen) 6,1% alleenstaand met co-ouderschap 38,8% alleenstaand met thuiswonend(e) kind(eren) 12,1% samenwonend met thuiswond(e) kind(eren)	1	5	
Opleidingsniveau	4,1% basisschool, niet afgerond 12,2% basisschool 14,3% middelbare school 4,1% inburgering 55,1% MBO 10,2% HBO	1	6	
Hoogte van schulden	49% minder dan 20.000 euro 10,2% tussen 20.000 en 30.000 euro 4,1% tussen 30.000 en 40.000 euro 2% tussen 40.000 en 50.000 euro 2% tussen 50.000 en 60.000 euro 6,1% meer dan 60.000 euro 14,3% kende de schuldenomvang niet 10,2% wilde geen antwoord geven	1	8	

^a Bij nominale variabelen is de frequentieverdeling vermeld in de percentages

In bovenstaande data valt een aantal zaken op. Ten eerste blijkt het grootste deel van de respondenten alleenstaand te zijn (79,5%). Daarbinnen bestaan enkele variaties zoals inwonende en uitwonende kinderen en co-ouderschap. Dit lijkt logisch omdat alleenstaande respondenten en eenoudergezinnen hun inkomen alleen moeten verdienen, terwijl een respondent met een partner de last om een inkomen te vergaren kan delen.

Daarnaast valt het op dat de respondenten over het algemeen een lager opleidingsniveau hebben afgerond. Van de respondenten heeft 30,6% basisschool, inburgering of een middelbare schoolopleiding (niet) afgerond. Daarnaast heeft 55,1% een MBO-opleiding afgerond en 10,2 % een HBO-diploma verkregen. Dit is geen representatieve afspiegeling van de Nederlandse samenleving als geheel. Het blijkt dat 28,3% laagopgeleid is, 38,7% middelbaar opgeleid en 33% hoogopgeleid in Nederland (Onderwijs in cijfers, 2020). De bevinding dat de respondenten gemiddeld een lager opleidingsniveau hebben komt overeen met de literatuur (hoofdstuk 2) waarin werd beschreven dat de groep met problematisch schulden vooral bestaat uit individuen met een relatief lage opleiding (Tiemeijer, 2016).

Tot slot valt op dat de meeste respondenten (49%) aangeeft minder dan 20.000 euro aan schulden te hebben. Van de respondenten heeft 10,2% een schuld tussen de 20.000 en 30.000 euro en nog eens 10,1% heeft een schuld hoger dan 30.000 euro.

4.1.2 Schuldensituatie

Nu een overzicht is gegeven van de schulden omvang van respondenten, rijst de vraag hoe men aan deze schulden komt. De genoemde redenen waren te onderscheiden in de volgende categorieën.

- Werkloosheid/te weinig inkomen/terugval in inkomen
- Gebrekkig financieel beheer
- Externe oorzaak
- Verslaving/mentale gezondheid
- Schulden bij andere instanties
- Geen reden opgegeven/niet nader gespecificeerd

De categorieën worden ter analyse verder onder de loep genomen aan de hand van de frequentie waarin de oorzaken werden genoemd. De eerste groep bestaat uit respondenten die ‘de externe oorzaak’ noemen als reden voor hun schulden (N=12). Voorbeelden hiervan zijn dat respondenten aangeven te zijn opgelicht door een bewindvoerder, dat identiteitsfraude is gepleegd met hun naam, problemen met een zakelijke rekening, dat schulden zijn achtergelaten door een ex, dat er spullen zijn

besteld op naam van de respondent, niet terugbetaalde investering in een bedrijf dat failliet ging enzovoort. Het gaat om twaalf respondenten.

De tweede groep respondenten heeft vooral schulden door kosten van verzekeringen, in het bijzonder de zorgverzekering (N=10). Respondenten in deze categorie hebben bijvoorbeeld hoge zorgkosten gehad die niet werden vergoed, een woekerpolis gehad of een huurachterstand.

De volgende groep bestaat uit respondenten die aangeeft te weinig inkomen te hebben (N=8). Dit komt voor in meerdere vormen. Sommige respondenten hebben geen schulden (meer) maar hun weekbudget is nog te gering om alle uitgaven te betalen. Anderen raakten werkloos, jong zwanger waardoor ze niet konden werken, of hun bedrijf kwijt en hebben daarom te weinig inkomsten waardoor de aanwending van extra voedsel vanuit de Voedselbank zeer welkom is.

Dan is er een groep respondenten die de schulden vooral heeft door kosten van verzekeringen, in het bijzonder de zorgverzekering (N=10). Respondenten in deze categorie hebben bijvoorbeeld hoge zorgkosten gehad die niet werden vergoed, een woekerpolis gehad of een huurachterstand.

De volgende groep wordt gevormd door respondenten die gebrekkig financieel beheer kenden en boven hun macht leefden, oftewel mensen die meer geld uitgeven dan dat er binnenkomt (N=5). Voorbeelden zijn op afbetaling kopen, te groot wonen, vroeg op zichzelf gaan wonen zonder inkomen of na een scheiding doorleven op eerdere levensstandaard terwijl het inkomen daalde.

Een groep respondenten geeft als reden voor hun schulden het hebben van een verslaving of hun mentale staat (N=4). Bij de verslavingen gaat het vooral om drank- en drugsmisbruik. De mentale gezondheid van respondenten heeft bij sommigen ook invloed op het krijgen van schulden, hierbij gaat het vooral om depressies.

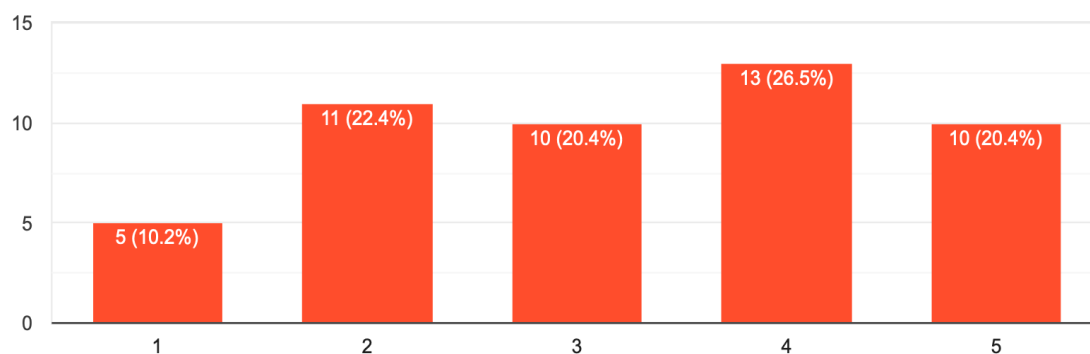
De laatste groep heeft niet nader gespecificeerde redenen voor hun schulden of willen deze niet delen (N=9). Opvallend is dat door een zeer groot deel van de respondenten een zogenoemd ‘domino-effect’ optreedt. De situatie begint met een kleine schuld die spoedig oploopt omdat men de vaste lasten en terugkerende kosten vervolgens niet kan betalen. Vaak moet er schuldhulpverlening en een bewindvoerder aan te pas komen om de financiële situatie te herstellen.

De bevindingen komen redelijk overeen met eerder onderzoek (Westhof & De Ruig, 2015). Waar eerder onderzoek vier categorieën onderscheidde (gebrekkig financieel beheer, terugval in inkomen, te hoge levensstandaard, overige factoren), worden in deze analyse meer categorieën onderscheiden om de overige factoren uit te splitsen. Zo blijken veel respondenten een externe oorzaak, verslaving of mentale toestand of betaalproblemen met instanties te hebben. Deze categorisatie biedt uitgebreider inzicht in de oorzaken voor schulden.

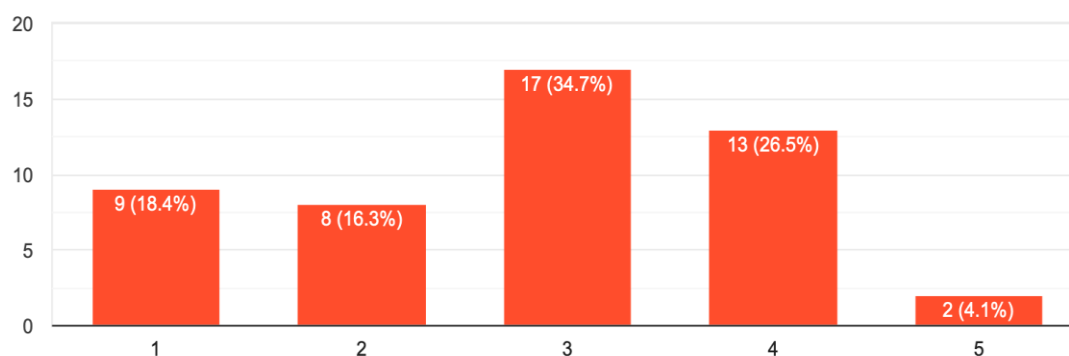
4.2 Eigen gezondheid en zorggebruik

4.2.1 Fysieke en mentale gezondheid

De vragen die hierop volgden hadden betrekking op de eigen inschatting van zowel fysieke als mentale gezondheid met een cijfer tussen de 1 (uitstekend) en 5 (slecht). Hoe vaak elk cijfer is gegeven per aspect van gezondheid is te zien in figuur 2 en figuur 3. Gemiddeld lag het gegeven cijfer binnen deze populatie ten aanzien van fysieke gezondheid op 3,245. Het gemiddelde ten aanzien van de mentale gezondheid lag op 2,612.



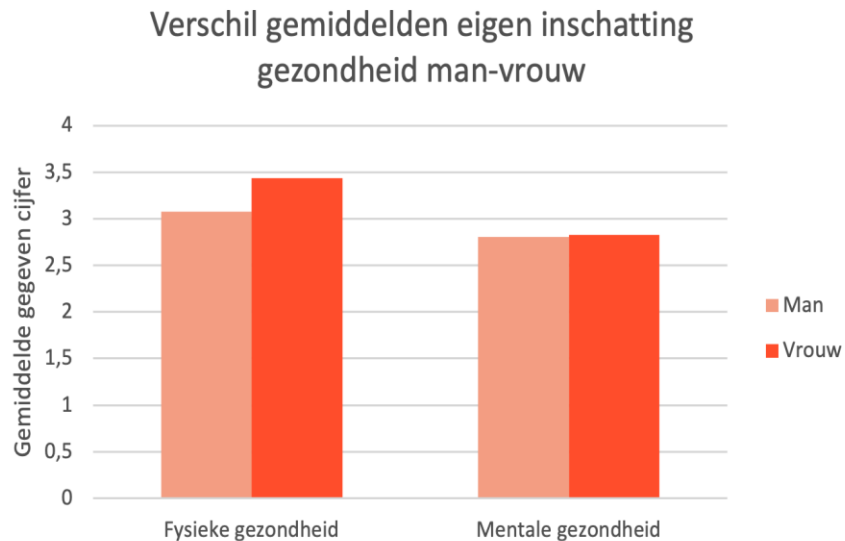
Figuur 2



Figuur 3

Als we kijken naar de verschillen tussen mannen en vrouwen ten aanzien van beide gezondheidsaspecten valt het volgende op (zie figuur 4). Allereerst is er nagenoeg geen verschil vast te stellen tussen mannen en vrouwen wat betreft de beoordeling van de eigen mentale gezondheid. Het gemiddelde van de mannen was 2,808 en het gemiddelde van de vrouwen was 2,826.

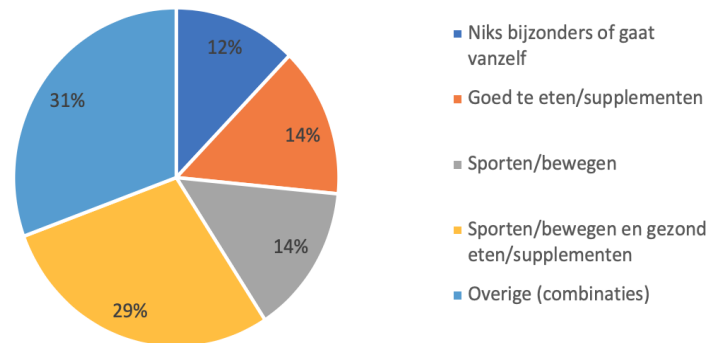
Daarentegen is er wat betreft de beoordeling van de eigen fysieke gezondheid wel een verschil tussen mannen en vrouwen vast te stellen. Mannen beoordelen hun eigen fysieke gezondheid positiever zo blijkt (gemiddelde man: 3,077; gemiddelde vrouw: 3,435).



Figuur 4

Daaropvolgend werd de vraag gesteld wat de klanten zelf deden om gezond te blijven. De verscheidenheid aan antwoorden/combinaties is te zien in figuur 5. Over het algemeen voeren gezonde voeding al dan niet met supplementen en bewegen/sporten de boventoon bij de mensen die bezig zijn om gezond te zijn/blijven. Zes klanten hebben aangegeven niks (bijzonders) te doen om gezond te blijven of gaven aan dat dit vanzelf gaat (=12%). In tabel 2 zijn de overige antwoorden en combinaties te zien die buiten de 'hoofdgroepen' vielen.

Wat klanten zelf doen om gezond te blijven



Figuur 5

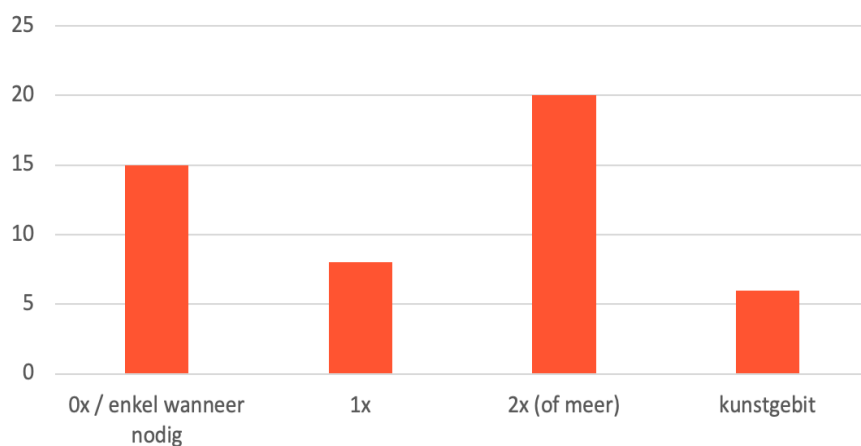
Tabel 2

Overige antwoorden/combinaties	Aantal keer dat dit antwoord/deze combinatie is gegeven
Gezond eten/supplementen en hulp van zorg/hulpverleners	1x
Sporten/bewegen, bezig blijven en positief zijn	1x
Afleiding en positiviteit	1x
Sporten/bewegen, puzzelen, sociale contacten onderhouden en hulp van zorg/hulpverleners	1x
Sporten/bewegen en goed medicijngebruik	1x
Bezig zijn en sociale contacten onderhouden	1x
Sporten/bewegen, gezond eten/supplementen en goed medicijngebruik	1x
Gezond eten/supplementen en sporten/bewegen	1x
Sporten/bewegen en sociale contacten onderhouden	1x
Sporten/bewegen en hobby's	1x
Sporten/bewegen en positiviteit	1x
Sporten/bewegen en anderen helpen	1x

4.2.2 Zorggebruik: tandarts

Hierna volgden wat vragen omtrent het bezoek aan de tandarts. De aanvangende vraag hierbij ging over het al dan niet jaarlijks/regelmatig bezoeken van de tandarts. Van de 49 klanten hebben 15 klanten aangegeven niet jaarlijks/regelmatig naar de tandarts te gaan of slechts wanneer het nodig is, dit komt neer op 30,6% van de totale studipopulatie. Acht klanten gaven aan 1x per jaar de tandarts te bezoeken (=16,3%) en voor 20 klanten was dit 2x (of meer) per jaar (=40,8%). Zes klanten hebben een kunstgebit waarmee het bezoek aan de tandarts dus anders is geregeld (=12,2%) (zie figuur 6).

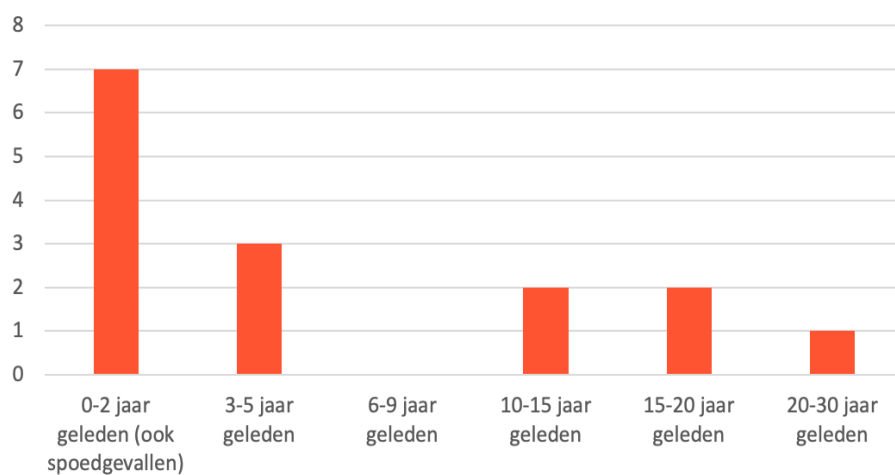
Aantal jaarlijkse (controle) bezoeken aan de tandarts



Figuur 6

Aan de klanten die niet jaarlijks of enkel wanneer nodig naar de tandarts gaan, werd ook gevraagd hoelang geleden het was dat zij een tandarts hebben bezocht (zie figuur 7). Bijna de helft geeft aan binnen de afgelopen 2 jaar nog een tandarts te hebben gezien (N=7; 46,7%), hierbij was bij twee klanten een spoedgeval de aanleiding voor het tandartsbezoek. Drie klanten geven aan ongeveer 3-5 jaar geleden voor het laatst een tandarts te hebben bezocht (=20%). Zowel de groep die 10-15 jaar geleden als de groep die 15-20 jaar voor het laatst de tandarts heeft bezocht bestaat uit 2 klanten (=13,3%). Eén klant heeft aangegeven 20-30 jaar geleden voor het laatst een tandarts te hebben gezien (=6,7%).

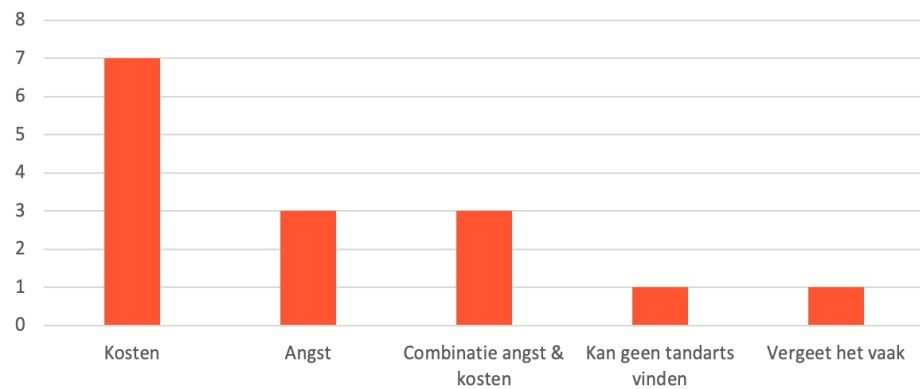
Aantal jaar geleden laatste tandartsbezoek indien niet jaarlijks voor controle wordt gegaan



Figuur 7

Indien is aangegeven niet jaarlijks/regelmatig naar de tandarts te gaan, is doorgevraagd naar de reden van het niet bezoeken van de tandarts. Het betrof in deze populatie 15 personen die niet jaarlijks/regelmatig een tandarts bezoeken. De voornaamste redenen die werden gegeven waren (mogelijke) hoge kosten (N=7; 46,7%) en angst voor de tandarts (N=3; 20%) of een combinatie van deze twee (N=3; 20%). De overige redenen die werden gegeven waren het niet kunnen vinden van een tandarts (N=1; 6,7%) en het vergeten van tandartsafspraken/inplannen afspraken (N=1; 6,7%) (zie ook figuur 8).

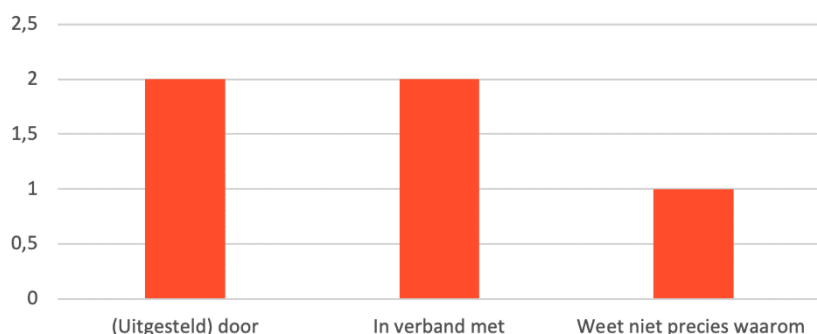
Reden mijden (jaarlijks) bezoek aan tandarts



Figuur 8

Hierna is aan klanten met kinderen de vraag voorgelegd of zij ooit in aanmerking zijn gekomen om een beugel te krijgen maar dit toen niet is gebeurd. De vervolgvraag hierop was omtrent de reden dat dit niet is gebeurd. Van de in totaal 49 klanten hebben er 35 kinderen, waarbij er bij 5 kinderen (nog) geen beugel is geplaatst terwijl ze hier wel voor in aanmerking komen/kwamen. Hierbij was 2 keer de reden dat het is uitgesteld door de COVID-19 crisis waarbij deze waarschijnlijk dus in de toekomst alsnog een beugel zullen krijgen. Een klant wist niet meer zeker waarom het niet heeft plaatsgevonden maar was al wel bezig met een apart bijstand budget. Van de overige 2 kinderen was de reden waarom ze geen beugel hebben gekregen in verband met de zorgverzekering (beide kinderen kwamen uit hetzelfde gezin) (zie ook figuur 9).

Redenen indien een kind in aanmerking kwam voor een beugel maar deze niet heeft gekregen



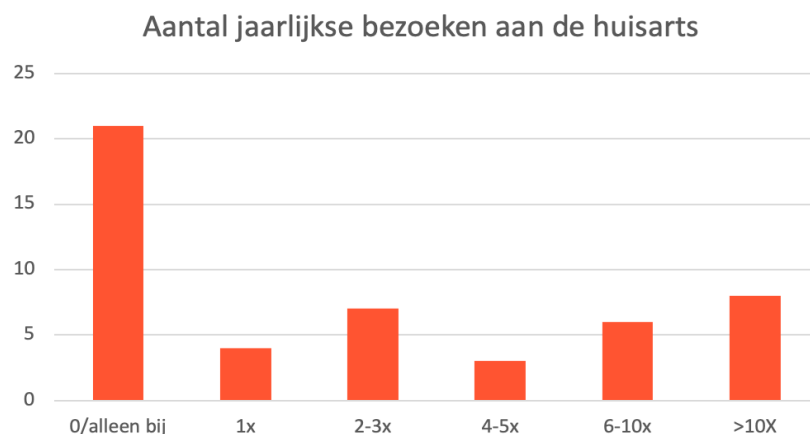
Figuur 9

4.2.3 Zorggebruik: huisarts

Naast de vraag omtrent het bezoek aan de tandarts, is ook gevraagd hoe vaak ze naar schatting per jaar naar de huisarts gaan (figuur 10).

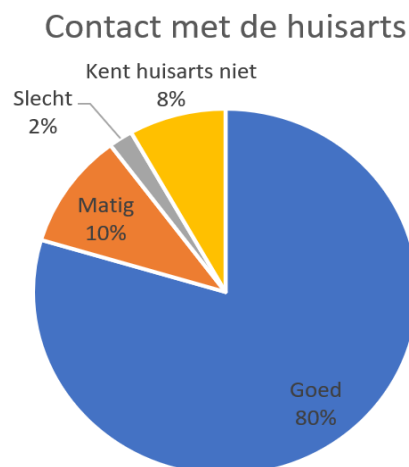
Procentueel komt hierbij het volgende naar voren:

- 42,9% van de populatie bezoekt niet/nooit of enkel bij (erge) klachten de huisarts op jaarbasis (N=21)
- 8,2% geeft aan 1 keer per jaar de huisarts te bezoeken (N=4)
- 14,3% bezoekt 2-3 keer per jaar de huisarts (N=7)
- 6,1% van de klanten bezoekt je huisarts jaarlijks 4-5 keer (N=3)
- 12,2% geeft aan jaarlijks 6-10 keer de huisarts te bezoeken (N=6)
- 16,3% bezoekt meer dan 10 keer per jaar de huisarts (N=8)



Figuur 10

Een vervolgvraag op de vraag over de huisartsbezoeken was hoe het contact was met de huisarts. Met de antwoorden op deze vraag is figuur 11 opgesteld. Hierbij is te zien dat het contact met de huisarts over het algemeen goed was, 79,6% (N=39) van de respondenten beschouwt het contact met de huisarts als positief. 10,2% (N=5) van de ondervraagden gaf echter aan dat het contact met de huisarts matig was. De redenen hiervoor waren te weinig tijd nemen voor de patiënt en taalbarrières. Ook was er één respondent die aangaf dat het contact met de huisarts slecht was met als reden dat er niet serieus om werd gegaan met haar problemen. Tenslotte hadden 4 respondenten (8,1%) geen contact met de huisarts.



Figuur 11

4.2.4 Zorggebruik: overige zorgverleners

De volgende reeks vragen gaat over het zoeken van hulp. De eerste vraag in de reeks gaat over of de respondent of zijn/haar gezinslid momenteel afspraken heeft staan bij een zorgverlener (anders dan de huisarts of tandarts). 84% van de respondenten geeft aan afspraken te hebben staan, al geeft een enkeling aan dat zijn/haar afspraken afgezegd zijn door de hulpverlener vanwege de situatie omtrent COVID-19.

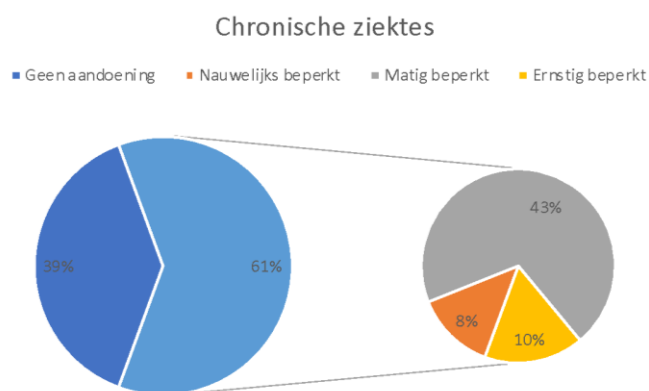
Het soort hulpverleners dat wordt genoemd varieert enorm. Zeven respondenten geven aan een psycholoog (één daarvan een psychiater) te bezoeken, dit is ongeveer 15% van de respondenten. Eveneens 15% van de respondenten meldt hulp te krijgen van hulpverleners die bij de respondenten thuis langskomen om te helpen bij het op orde brengen van financiën, administratie, en dergelijke zaken.

Een enkeling geeft aan zo nu en dan een afspraak te hebben bij een specialist. De redenen hiervoor liggen veelal bij langdurige klachten (bijvoorbeeld chronische oorontsteking) of klachten uit het verleden (bijvoorbeeld een respondent die huidkanker heeft gehad).

4.3 Ziekten en medicijngebruik

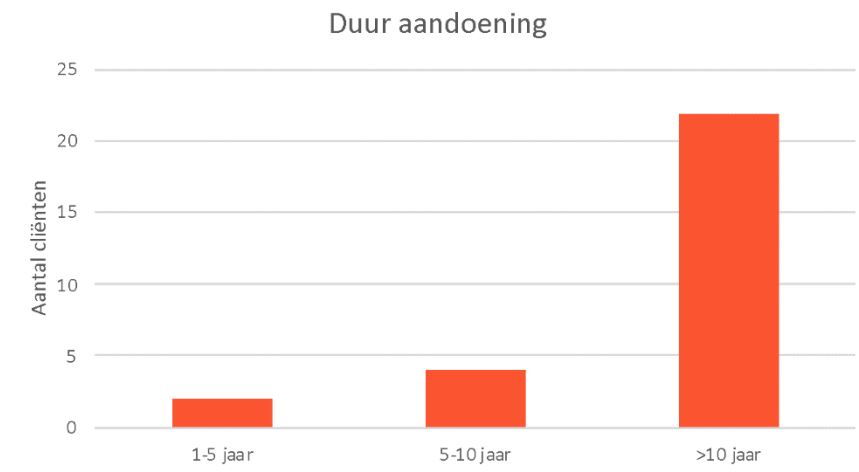
4.3.1 Chronische gezondheidsproblemen

Vervolgens werd er een peiling gedaan van de gezondheidssituatie van klanten van de Voedselbank. Hierbij werd gekeken naar fysieke en mentale problemen van de klant en hun gezin om vervolgens een inschatting te maken of ze hierdoor in hun leven beperkt worden. De resultaten hiervan zijn te zien in figuur 12. Hierbij werd gevonden dat 19 respondenten (en hun gezin) geen chronische gezondheidsproblemen hadden, tegenover 30 patiënten die wel chronische gezondheidsproblemen hadden. Van deze groep waren er nog eens 13 respondenten die meerdere gezondheidsproblemen hadden. Om de privacy van de klanten te beschermen is ervoor gekozen om de antwoorden niet te publiceren, maar 21 van de 30 respondenten gaven aan dat de aandoening een beperking vormde in het dagelijks leven. Hiervan gaven 5 patiënten aan dat de (combinatie van) aandoeningen een zeer ernstige vorm van beperking vormde in hun dagelijks leven.



Figuur 12

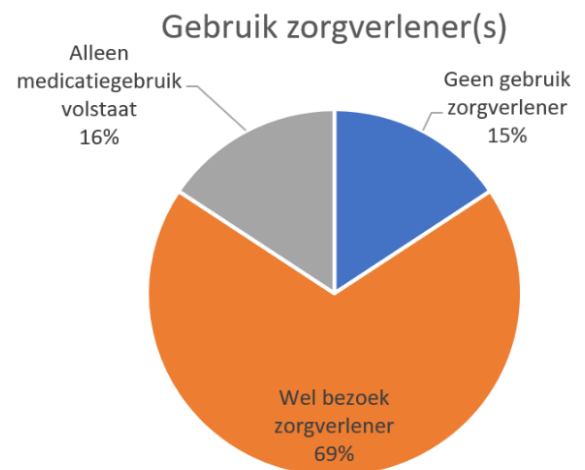
Ook werd er gevraagd hoe lang deze aandoeningen een rol in het leven van de klanten speelden, te zien in figuur 13. Hierbij gaven 2 van de 30 respondenten aan dat de aandoening 1-5 jaar een rol speelde (6,7%), 4 klanten hadden deze aandoening al 5-10 jaar (13,3%) en de overige 22 klanten gaven aan dat de aandoening al 10 jaar of meer aanwezig was (73,3%). Er is dus hier te zien dat het overgrote deel van de klanten al zeer langdurig met de aandoening te kampen heeft.



Figuur 13

4.3.2 Zorggebruik en medicatie bij chronische gezondheidsproblemen

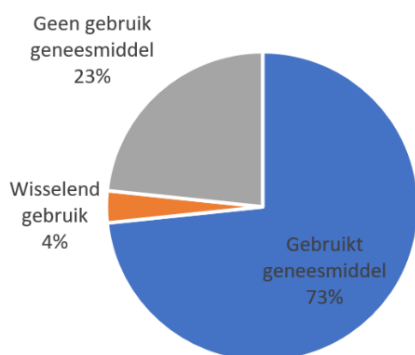
De vervolgvraag op deze vaststelling was of de klanten een zorgverlener bezochten voor deze aandoening. Dit is weergegeven in figuur 14. Hierbij gaven 5 klanten (17% van de klanten met gezondheidsproblemen) aan dat alleen medicatie slikken voldoende was omdat de ziekte onder controle was. Nog eens 5 patiënten gingen niet naar de zorgverlener om andere redenen, bij 3 personen was het zinloos om een zorgverlener te bezoeken (geen behandeling), 1 respondent gaf aan dat er geen behoefte was aan een specialist en 1 respondent gaf aan geen verzekering te hebben. Tenslotte gaven 22 klanten aan dat ze wel de juiste zorgverleners bezochten voor hun morbiditeiten.



Figuur 14

Ook werd er gevraagd naar het medicatiegebruik van de klanten voor deze chronische aandoeningen. De resultaten hiervan zijn weergegeven in figuur 15. 22 klanten gaven aan dat ze volgens recept geneesmiddelen gebruikten voor de aandoening, 1 persoon gaf aan dit niet regelmatig te doen en het resterende deel van de mensen met een aandoening gebruikt er geen medicatie voor (N=7). Van deze groep niet gebruikers waren er 4 patiënten die wel geneesmiddelen zouden willen gebruiken, maar er niet de beschikking over hebben. Redenen hiervoor waren slechte ervaringen met geneesmiddelen (N=2, 6,7%), te hoge kosten (N=1, 3,3%) en dat er geen behandeling was voor de aandoening (N=1, 3,3%).

Gebruik geneesmiddel voor chronische aandoening



Figuur 15

Gebruik volgens voorschrift



Figuur 16

Als laatste vervolgvraag over het medicatiegebruik werd er gevraagd of respondenten geneesmiddelen volgens voorschrift gebruikten, weergegeven in figuur 16. 41 klanten gaven aan dat ze geneesmiddelen altijd volgens voorschrift gebruikten, 8 personen gaven aan dat ze geneesmiddelen wel eens afwijkend van recept gebruikten. De reden hiervoor was het extra gebruik om symptomen te onderdrukken (N=6) en 2 klanten zeiden dat ze geneesmiddelen minder vaak gebruikten dan volgens recept nodig was omdat de klachten met minder ook onder controle waren.

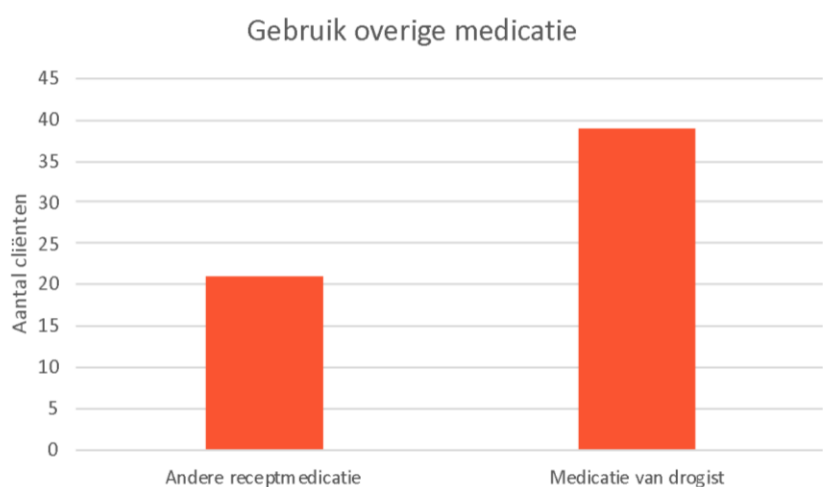
4.3.3 Gebruik van overige medicatie

Geneesmiddelgebruik naast de geneesmiddelen voor de chronische aandoeningen was ook aanwezig, te zien in figuur 17. Zo gaven 21 respondenten (42,9%) aan dat ze ook geneesmiddelen gebruikten op recept naast de geneesmiddelen voor de chronische aandoening(en). Het gaat hier met name om pijnstilling (8 personen), anticonceptie (4 personen), maagbescherming (3 personen) en geneesmiddelen voor de mentale gezondheid (3 personen). Verder gaven 39 van de 49 respondenten aan dat ze wel eens zelfzorgmiddelen (van de drogist) gebruikten.

Het zo nu en dan slikken van paracetamol is het meest genoemde antwoord: 46% van de respondenten geeft aan gebruik te maken van paracetamol. Daarbij geven vijftien personen aan dit middel enkel te gebruiken als ze het idee hebben dat dat echt nodig is. Slechts een enkeling (4 van de 49 respondenten) gebruikt andersoortige pijnstillers, zoals ibuprofen of diclofenac.

Van de respondenten slikt ongeveer 10% vitaminepillen (Vitamine C, Vitamine D of niet-gespecificeerd). Daarnaast benoemt een enkeling het gebruik van andersoortige middelen, zoals hooikoorts medicijnen (twee personen), neusspray (twee personen), homeopathische middelen (drie personen), eczeemzalf (één persoon), calcium en magnesium (één persoon en op aanraden van een arts).

11 klanten gaven aan nooit zelfzorggeneesmiddelen te gebruiken, enkele redenen die hiervoor gegeven waren, waren resistentie tegen paracetamol (1 persoon) en gebrek aan financiële middelen (1 persoon). Overige patiënten gaven geen directe motivatie voor het niet gebruiken van zelfzorgmiddelen.



Figuur 17

4.4 Nalatigheid van zorggebruik

4.4.1 Fysieke en mentale klachten

Het overgrote deel van de respondenten geeft aan geen lichamelijke of geestelijke klachten te hebben waarvoor de respondent eigenlijk een hulpverlener op zou moeten zoeken.

Van de 49 respondenten geven 16 personen aan wel geestelijke of lichamelijke klachten te hebben, maar daarvoor geen medische hulp te zoeken. Veelgenoemde klachten zijn rug- en/of nekklachten (N=7) en problemen met het gebit (N=6). Met name over de rugklachten zeggen de respondenten ofwel hulp gehad te hebben in het verleden maar nu niet meer, ofwel nog geen juiste hulp gekregen te hebben. De gebitsklachten en het niet zoeken van medische hulp hiervoor, komt overeen met het resultaat dat 30,6% van de respondenten niet jaarlijks/regelmatig de tandarts bezoekt voor een controle.

4.4.2 Reden van zorgmijding

Op deze vraag is door vijftien respondenten antwoord gegeven, waarvan vijf respondenten aangeven dat zij geen hulp voor hun klachten zoeken vanwege de verwachte kosten. Uit de antwoorden blijkt dat de respondenten veelal spreken over dat ze verwachten dat de behandeling geld gaat kosten, maar dat ze hier geen zekerheid over hebben.

Verder blijkt uit de antwoorden dat de respondenten ofwel hulp niet nodig vinden omdat 'het nog wel uit te houden is', ofwel de respondenten maken al gebruik van hulpverlening voor de klachten.

4.4.3 Gevolgen van zorgmijding

Ongeveer de helft van de respondenten die geen hulp zoekt voor zijn/haar klachten wordt hierdoor beperkt, of merkt dat zijn/haar leven negatief beïnvloed wordt hierdoor (N=8). De overige respondenten zegt geen negatieve impact te ervaren van het niet opzoeken van hulpverlening. Enkele (N=4) zeggen activiteiten minder lang vol te houden door de klachten, anderen (twee personen) merken ook een negatieve invloed op de mentale gesteldheid op.

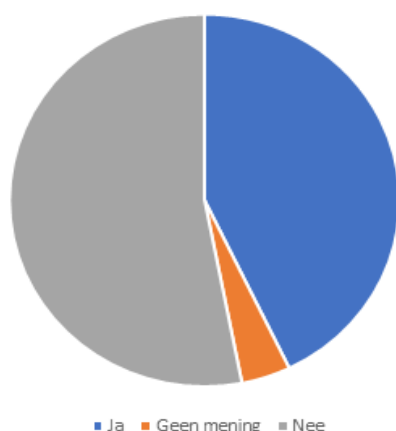
4.5 Houding ten opzichte van medische zorg

4.5.1 Betaalbaarheid van gezondheidszorg

In onderstaande cirkeldiagram (figuur 18) is te zien dat een kleine meerderheid (53,1%) van de respondenten de medische zorg niet betaalbaar vindt. We hebben ook gevraagd waarom de respondenten dit vinden, en hier zijn onder andere de volgende antwoorden uitgekomen. Hiervan vindt 65,4% de medische zorg niet betaalbaar vanwege de hoogte van het eigen risico. Daarnaast vindt 15,4% van deze respondenten de tandarts te duur. Verder meldt 23,1% het vervelend te vinden dat veel medicijnen niet worden vergoed door de verzekering.

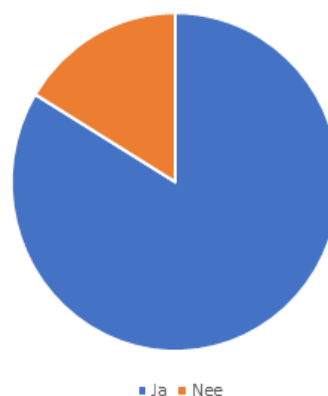
Van de mensen die de medische zorg betaalbaar vinden, geeft 28,6% aan dat zij eigenlijk niet weten hoe duur de medische zorg is omdat hun bewindvoerder de rekeningen betaalt.

Vindt u de medische zorg betaalbaar?



Figuur 18

Heeft u het gevoel dat de medische zorg voldoende bereikbaar is voor u?



Figuur 19

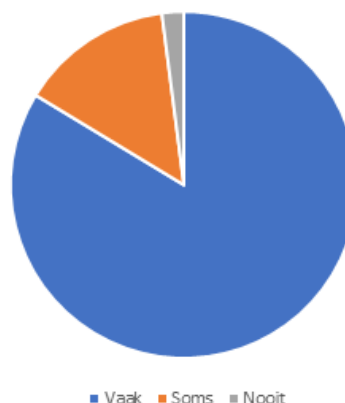
4.5.2 Bereikbaarheid van gezondheidszorg

Onderstaande cirkeldiagram (figuur 19) laat zien dat de respondenten de medische zorg bereikbaar vinden, 83,6% beantwoordt de vraag 'Heeft u het gevoel dat de medische zorg voldoende bereikbaar is voor u?' namelijk met 'Ja'. Dit is zowel in fysieke en niet-fysieke zin, wat inhoudt dat de respondenten menen dat zij zorginstellingen goed kunnen bereiken zowel per vervoermiddel, als per communicatiemiddel (bijvoorbeeld telefonisch).

4.5.2 Communicatie

Uit de enquête blijkt dat 83,7% van de respondenten hun arts goed kunnen begrijpen, verder zegt 14,3% moeite te hebben met het begrijpen van wat de arts zegt (zie ook figuur 20). Dit kan allerlei redenen hebben, bijvoorbeeld het niet hebben van Nederlands als moedertaal of dat de arts in zijn uitleg jargon gebruikt.

Wanneer u een (huis)arts bezoekt, kunt u de arts dan goed begrijpen?



Figuur 20

4.5.3 Vertrouwen in de gezondheidszorg

Met betrekking tot het vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg zijn de meningen verdeeld. De respondenten zijn onder te brengen in drie grotere categorieën. De eerste groep (N=27) stelt groot vertrouwen in de gezondheidszorg in Nederland; de respondenten vinden de kwaliteit goed, men wordt geholpen waar nodig en voelt zich veilig door het hebben van een verzekering.

Dan is er een groep (N=17) die twijfels heeft. Deze respondenten hebben wel vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg maar ze lopen tegen bepaalde zaken/onderdelen aan. Voorbeelden zijn dat respondenten het gevoel hebben dat artsen niet genoeg tijd nemen/hebben, kosten te hoog zijn, dat het lastig is om een doorverwijzing te krijgen ('het is moeilijk om tot hen door te dringen') of omdat er weleens een verkeerde diagnose is gesteld. Respondenten hebben soms ook moeite met het systeem van privatisering, hoge werkdruk voor zorgverleners, een winst interesse en onnodige administratie.

Tot slot is er een, weliswaar kleine groep (N=3), die uitsprekt weinig/geen vertrouwen in de gezondheidszorg te hebben. Hun beweegredenen zijn dat mensen niet worden geholpen als dat nodig is, het niet vinden van een diagnose voor de pijn, oneerlijke bejegening en bezuinigingen in de zorg.

4.5.4 Bezorgdheid over gezondheid

De grootste groep respondenten (N=22, 44,9%) maakt zich geen zorgen over de eigen gezondheid of de gezondheid van diens gezinsleden. Echter, 34,7% van de respondenten (N=17) maakt zich daar wél zorgen over. Tot slot maakt 20,4% van de respondenten (N=10) zich een beetje zorgen.

4.5.5 Gezondheid verbeteren

De gegeven antwoorden op de vraag 'Wat heeft u nodig om gezond te blijven/gezonder te worden' kunnen in verschillende categorieën worden onderverdeeld, namelijk:

- Gezonder eten/meer bewegen
- Meer financiële ruimte
- Rust
- Lichamelijke wensen/zorgverbetering
- Doorgaan met wat men al doet
- Geen reden/niets/niet nader gespecificeerd

De grootste categorie respondenten geeft aan dat ze gezonder willen/moeten eten en bewegen om gezonder te worden dan ze nu zijn (N=14). Voorbeelden zijn dat respondenten vitaminen willen kunnen kopen, willen dat sportscholen weer opengaan (na COVID-19), meer volle zuivelproducten nodig hebben (en anderen willen juist magere producten) en dat groenten en fruit beter betaalbaar worden.

De tweede groep geeft aan dat ze meer financiële ruimte nodig hebben om de kosten voor zorg en gezond leven te kunnen betalen (N=11). Sommige respondenten maakten dit explicieter door te zeggen dat ze graag duurdere vitaminepillen zou willen gebruiken dan ze kan betalen, meer gebruik willen maken van zorg (mentaal en fysiek) maar dat niet kunnen betalen, anderen geven aan dat ze zitten te wachten op een operatie maar die nog niet kunnen betalen en er is een grote groep die een bezoek aan de tandarts uitstelt vanwege de kosten waardoor hun gezondheid achteruitgaat.

Een kleinere, maar niet minder relevante, groep geeft aan dat ze vooral behoefte hebben aan rust en ontspanning (N=6). Na een periode van stress en spanning door een ongezonde financiële situatie, hebben ze behoefte aan rust.

Een deel van de mensen heeft lichamelijke wensen of wensen die de zorg kan vervullen; bijvoorbeeld dat rugpijn weggaat, een doorverwijzing krijgen, dat een goedwerkend medicijn voor reuma wordt uitgevonden, dat het lukt om te stoppen met roken, dat het lukt om zonder krukken te lopen of de wens te worden opgenomen om een bepaalde behandeling te ondergaan. Deze respondentengroep (N=6) geeft aan dat ze verbetering op deze gebieden nodig hebben om zich gezonder te voelen.

Dan tot slot de laatste twee groepen. Er is een groep die vooral wil doorgaan met wat hij/zij al doet; gezond blijven eten, sociaal contact en leuke dingen doen (N=6). Deze groep bestaat uit 6 mensen. De laatste groep heeft haar wensen niet verder gespecificeerd of heeft niks nodig om gezonder te worden (N=9).

4.5.6 Suggesties voor verbetering van gezondheidszorg

Het laatste thema dat met de vragenlijst werd onderzocht, is welke verbeteringen de respondenten voorstellen voor de gezondheidszorg. De antwoorden vallen uiteen in verschillende categorieën.

Verreweg de grootste groep respondenten geeft aan dat de zorgkosten (te) hoog zijn. Vooral omdat er veel behandelingen en medicatie onder het eigen risico vallen waardoor men aangeeft dat ze ‘naast een hoge zorgpremie’ ook extra kosten moeten maken. Daarbij worden ook enkele suggesties gegeven zoals een lagere zorgpremie voor chronisch zieken, vergoeding van alternatieve geneeswijzen en introductie van de mogelijkheid om tandartskosten in termijnen te betalen.

De toegankelijkheid van de zorg kan ook worden verbeterd volgens respondenten, zowel fysiek als de benaderbaarheid. Enkele respondenten vinden bijvoorbeeld dat iedereen zorg moet krijgen, ongeacht of men is verzekerd. Bovendien ondervinden meerdere respondenten dat het lastig is om ofwel de dokter aan de telefoon te krijgen ofwel een doorverwijzing te krijgen. Specialisten zijn daardoor moeilijk te bereiken. Daarnaast blijkt de fysieke toegankelijkheid ook voor sommigen een probleem te zijn, bijvoorbeeld omdat ze minder mobiel zijn en ze geen budget hebben voor een taxi of omdat hun dokterspost is verhuisd naar een groter ziekenhuis.

Verder komt meerdere keren naar voren dat de wachttijd (te) lang is bij huisarts, ziekenhuis en specialisten. Juist de mensen die aangeven dat ze de dokter niet vaak bezoeken, geven aan dat ze dit een probleem vinden.

Tot slot een punt wat ook vaker dan eens naar voren kwam: communicatie. Sommige respondenten geven aan dat ze een betere vertrouwensband op zouden willen bouwen met de (huis)arts. Anderen geven aan dat er wel eens miscommunicatie is, bijvoorbeeld over medicatie of omdat de (huis)arts vaktaal gebruikt waardoor men veel door moet vragen om te begrijpen wat er aan de hand is. Men geeft aan dat het zou helpen als er ‘meer tijd en geduld’ zou zijn.

5. Conclusie

De grondslag voor een onderzoek naar de percepties van klanten van Voedselbank Groningen Stad ten aanzien van gezondheidszorg, is de behoefte van laatstgenoemde organisatie om bij te dragen aan het nieuwe armoedebestrijdingsbeleid van Provincie Groningen dat sinds 2020 van kracht is. De nadruk ligt hierbij op preventie en Voedselbank Groningen Stad schreef daarvoor het Tienpuntenplan om mogelijkheden uit te lichten ter voorkoming van armoedeproblemen in Groningen. De focus van dit onderzoek is te vinden in het vierde punt van dit plan:

“Door het eigen risico maken mensen in armoede nauwelijks nog gebruik [...] van medische zorg. Door dit risico inkomensafhankelijk te maken hef je dit [effect] op” en zullen mensen die leven in een situatie van armoede de medische zorg mogelijk weer als toegankelijk ervaren (Voedselbank Groningen Stad, p.7).

Om de invloed van financiële krapte op de (lichamelijke en mentale) gezondheid, zorggebruik en de houding van de bezoekers van Voedselbank Groningen Stad in kaart te brengen, werden 49 telefonische interviews afgenomen met de doelgroep. De interviewvragen waren geformuleerd op basis van theoretische onderbouwing middels een literatuurstudie. De deelvragen geven de informatie om de onderzoeksvraag ‘Wat is de houding van klanten van Voedselbank Groningen Stad ten aanzien van medische zorg?’ te beantwoorden en zullen hieronder besproken worden.

Deelvraag 1 & 2: Schuldensituatie van klanten van Voedselbank Groningen Stad

De resultaten laten zien dat bijna 60% van de onderzoekspopulatie een schuld lager dan 30.000 euro heeft. Binnen de steekproef heeft iets meer dan 1 op de 10 individuen een schuld hoger dan dat bedrag. Deze zelfgerapporteerde gegevens doen dus vermoeden dat de respondenten in dit onderzoek dus een relatief laag schuldbedrag kennen, met als referentiekader een gemiddeld schuldbedrag van Voedselbankklanten van 40.000 euro (Informatie uit gesprek met Ulfert Molenhuis, 9 januari 2020).

Uit het onderzoek blijkt dat het grootste deel van de gezinssituatie van de individuen alleenstaand of een eenoudergezin betrof en laag zijn opgeleid, wat overeenkomt met de bevindingen van het Sociaal Planbureau Groningen (z.d.), te vinden in hoofdstuk 2. Als oorzaken van schulden werden door de respondenten de volgende situaties aangehaald: werkloosheid, een zeer laag inkomen, gebrekkig financieel beheer, externe oorzaken zoals oplichting of fraude, problemen met verslaving of mentale gezondheid, en tot slot schulden bij verschillende instanties (voornamelijk zorgverzekeringsmaatschappijen).

Deelvraag 3: Lichamelijke en mentale gezondheid

Uit het onderzoek blijkt dat de gezondheid van Voedselbankklanten mede wordt bepaald door de aanwezigheid van chronische gezondheidsproblemen. De meerderheid van de respondenten kampt met chronische gezondheidsproblemen, wat in de meeste gevallen (70% van de respondenten) leidt tot beperkingen voor het dagelijkse leven. Tweederde van de respondenten geeft aan medische hulp te krijgen voor deze problemen, wat betekent dat een derde geen gebruikmaakt van medische hulp voor chronische gezondheidsproblemen.

Daarnaast valt het op dat de respondenten hun fysieke gezondheid regelmatig als ‘niet goed’ ervaren, terwijl de mentale gezondheid een stuk positiever wordt ingeschat. Dit kan de werkelijke situatie zijn, maar literatuur wijst uit dat financiële krapte vooral negatieve gevolgen heeft voor de mentale toestand (langdurige stress en spanning) die daarna zijn weerslag kent op het lichaam (Verkuil & Van Emmerik, 2007; Plantinga, Zelenberg & Breugelmans, 2018).

De verminderde lichamelijke gezondheid van deze doelgroep ligt in lijn met de bevindingen van Van Rijnsoever et al. (2011), die stelden dat een lage sociaal-economische status verband houdt met een verminderde lichamelijke gezondheid. Daarnaast houdt deze lage SES ook verband met een verminderde mentale gezondheid volgens Clarke (2010). Ons onderzoek bevestigt deze bevinding.

Op basis van ons onderzoek kan men overigens niet concluderen dat Voedselbankklanten minder gezond zijn dan de algemene bevolking, aangezien 58% van de Nederlanders één of meer chronische ziekten heeft. Onze resultaten laten zien dat 6 op de 10 respondenten kampen met chronische gezondheidsproblemen (Nielen et al., 2019). Dit resultaat verschilt dus niet van het landelijke percentage, al is de studiepopulatie niet representatief voor de algemene Nederlandse bevolking.

Deelvraag 4: Zorggebruik

Zorggebruik is in dit onderzoek onderverdeeld in drie categorieën: tandarts, huisarts en andere zorgverleners/specialisten. Uit het onderzoek blijkt dat de meeste respondenten alleen medische hulp zoekt als dat echt nodig is in hun optiek. Met name tandartsen worden vermeden wegens de kosten, maar ook huisartsen worden vermeden uit angst voor mogelijke kosten die het bezoek met zich meebrengt (voorgeschreven medicijnen die niet worden vergoed).

In ons onderzoek zijn geen gegevens over het zorggebruik van personen met een hoge SES opgenomen, waardoor een vergelijking tussen het zorggebruik van onze onderzoekspopulatie en het zorggebruik van personen met een hoge SES onmogelijk is. Wel kan er op basis van ons onderzoek voorlopig geconcludeerd worden dat personen met een lage SES bang zijn voor mogelijke kosten van het bezoek aan een zorgverlener. Met name de tandarts wordt om deze reden vermeden. Als we de tandarts

beschouwen als ‘specialistische zorg’, dan bevestigen onze resultaten de bevindingen van Smits, Droomers & Westert (2003). Deze onderzoekers stellen dat personen met een lage SES minder vaak gebruik maken van specialistische zorg.

Verder lijken onze resultaten de bevindingen van Kunst et al. (2007) tegen te spreken, die stellen dat personen met een lage SES vaker een bezoek brengen aan de huisarts en het ziekenhuis, en dat zij vaker medicijnen gebruiken. Opnieuw kunnen wij onze resultaten niet afzetten tegen de gegevens van personen met een hoge SES, maar onze resultaten doen vermoeden dat personen met een lage SES juist niet gebruikmaken van de diensten van huisartsen en ziekenhuizen omdat zij bang zijn medicijnen voorgeschreven te krijgen die zij zelf moeten betalen omdat de zorgverzekering de kosten van deze medicijnen niet vergoedt.

Deelvraag 5: Drempels voor benutten van zorg

Betaalbaarheid van zorg is in dit onderzoek een belangrijk thema. Een kleine meerderheid (53,1%) vindt de gezondheidszorg in Nederland niet betaalbaar. Van de mensen die de medische zorg betaalbaar vinden, geeft 28,6% aan dat zij eigenlijk niet weten hoe duur de medische zorg is omdat hun bewindvoerder de rekeningen betaalt. De angst voor de kosten van medische hulp blijkt zeer aanwezig te zijn onder de respondenten van dit onderzoek. Het is niet bekend hoe realistisch deze angsten zijn, wat kan duiden op een gebrekkige *health literacy* (Berkman et al., 2011). Berkman et al. (2011) stellen dat personen met een lage SES vaak minder weten over het zorgsysteem en wat ze kunnen verwachten van medische zorg. Verwachtingen over de kosten van medische zorg kunnen daarbij een grote rol spelen en daarom zouden de Provincie Groningen en Voedselbank Groningen Stad kunnen inhaken op deze angst voor kosten in hun armoedebelief en het Tienpuntenplan. Door inwoners van Groningen te onderwijzen over de financiële kant van medische hulp, krijgen zij mogelijk een realistischer beeld van de kosten die zij kunnen verwachten en daardoor op een bewuste en gezonde wijze gebruik maken van medische zorg. Hierbij kan bijvoorbeeld onder de aandacht worden gebracht dat de tandarts voor kinderen onder de 18 volledig vergoed wordt door de zorgverzekering en huisartsbezoeken niet van het eigen risico worden betaald.

Uit het onderzoek blijkt daarnaast dat 35% van de respondenten twijfels heeft over hun vertrouwen in de medische zorg in Nederland. Slechts een zeer kleine groep spreekt uit weinig/geen vertrouwen te hebben in de Nederlandse medische zorg. Hoewel het grootste deel van de respondenten vertrouwen heeft in het zorgsysteem, is de groep die twijfels heeft van grote invloed. Twijfel kan ervoor zorgen dat men minder gebruikmaakt van zorg terwijl dat misschien wel nodig is, wat heeft een negatieve uitwerking kan hebben op de gezondheid.

Tot slot toont dit onderzoek ook een aantal zaken die door de respondenten niet als problematisch worden ervaren. Zo vindt 8 op de 10 respondenten de gezondheidszorg bereikbaar; zowel in fysieke zin (vervoer) als in niet-fysieke zin (telefonisch/digitaal contact verkrijgen). Daarnaast blijkt dat eenzelfde aantal de (huis)arts goed te kunnen begrijpen en de informatie te verkrijgen die ze nodig hebben. Deze bevindingen komen niet overeen met de bevindingen van Heijmans et al. (2018), die beweren dat personen met een lage SES meer moeite hebben artsen te begrijpen.

Deelvraag 6: Opheffen van drempels

De respondenten in dit onderzoek blijken drempels te ervaren in hun zorggebruik, zo bleek uit de beantwoording van voorgaande deelvragen. Belangrijke drempels zijn de betaalbaarheid van zorg en in kleinere aantallen ook een verminderd vertrouwen in de zorg. De respondenten zijn daarom bevraagd welke verbeteringen aan het Nederlandse zorgsysteem zij graag zouden zien:

- Lagere zorgkosten

Bijvoorbeeld door het eigen risico te verlagen of het eigen risico inkomensafhankelijk te maken, een lagere zorgpremie voor chronisch zieken te introduceren, alternatieve geneeswijzen en medicatie volledig te vergoeden en tandartskosten in termijnen te betalen.

- Toegankelijkheid vergroten

Bijvoorbeeld door de wachttijd te verkorten, de afstand tot de (huis)arts te verkleinen: sneller iemand aan de telefoon kunnen krijgen, sneller te worden doorverwezen en betere vervoersmogelijkheden van en naar een zorgpost.

- Communicatie

Bijvoorbeeld door een betere vertrouwensband op te bouwen met de (huis)arts, meer gesprekstijd en minder gebruik van vaktaal door (huis)artsen zodat de respondenten hen beter kunnen begrijpen (dit voorstel van de respondenten spreekt de resultaten van de enquête tegen, wat te maken kan hebben met *sociaal wenselijk antwoorden*. Hierover meer in de Discussie).

Algemene conclusies

In dit onderzoek stond de volgende hoofdvraag centraal:

‘Wat is de houding van klanten van Voedselbank Groningen Stad ten aanzien van medische zorg?’

De respondenten in dit onderzoek blijken een positieve houding te hebben ten opzichte van de bereikbaarheid van de medische zorg. Dit komt niet helemaal overeen met de bevindingen van Heijmans et al. (2018), die stellen dat personen met een lage SES vaak moeite hebben artsen te begrijpen. Het is hier natuurlijk goed mogelijk dat er een zelfrapportage-bias in zit verwerkt, hierover meer in de Discussie. Verder staan de respondenten in dit onderzoek met name negatief tegenover een bezoek aan de tandarts, wat wordt veroorzaakt door de kosten die een tandartsbezoek met zich meebrengt. Dit komt overeen met de bevindingen van Smits, Droomers & Westert (2003).

Vervolgens geven ook de drempels voor het zoeken en gebruik maken van medische hulp een indicatie voor de houding van Voedselbankklanten ten opzichte van medische zorg. De drempels die door de respondenten in dit onderzoek worden ervaren zijn, enerzijds, de kosten van medische zorg en anderzijds, twijfels over de betrouwbaarheid van de medische zorg. Deze twijfels kunnen mogelijk te maken hebben met de mate van *health literacy*, waardoor de respondenten de (huis)arts moeilijker kunnen begrijpen en het lastig vinden om het zorgsysteem te doorgronden (Berkman et al., 2011; Heijmans et al., 2018). Hierbij moet worden opgemerkt dat dit over het algemeen geldt voor lagere sociaal-economische klassen en niet voor klanten van de Voedselbank specifiek.

Al met al kan er uit dit onderzoek geconcludeerd worden dat Voedselbankklanten gebruik maken van medische zorg, maar ook regelmatig medische zorg vermijden. De voornaamste reden hiervoor zijn de kosten die de Voedselbankklanten verwachten na een bezoek aan een arts, ofwel kosten uit het bezoek, ofwel kosten voor medicijnen die niet vergoed worden. Om deze houding ten opzichte van gezondheidszorg te kunnen verbeteren, hebben de respondenten verschillende voorstellen gedaan die hieronder worden uitgelicht.

Allereerst stellen de respondenten voor dat de zorgkosten lager worden, dat de toegankelijkheid wordt vergroot en dat communicatie wordt verbeterd. Waar het grootste deel van de respondenten in de beantwoording van de vragen stelden dat ze de zorg goed toegankelijk vonden en de (huis)arts vrijwel altijd begrijpen, zijn toegankelijkheid en communicatie toch enkele van de voorgestelde verbeteringen.

Daarnaast stellen de respondenten verbeteringen voor die niet eenvoudig door te voeren zijn. Het verlagen van zorgkosten is lastig, zeker als zij daarbij voorstellen dat er meer gesprekstijd en doorverwijzing plaats moet vinden. Echter, het mag niet worden onderschat dat de kosten hoog zijn met dergelijke budgetten. Dat individuen gebitsreparatie uitstellen vanwege de kosten, niet aan hun knie worden geopereerd omdat het te duur is, de huisarts mijden omdat ze bang zijn voor een doorverwijzing die gepaard gaat met kosten, is ernstig en slecht voor de gezondheid. Een oplossing voor de drempel van kosten voor het zorggebruik van de respondenten, zou zijn om het eigen risico inkomensafhankelijk te maken. Op die manier wordt de betaalbaarheid van gezondheidszorg vergroot voor de lagere sociaal-economische klassen van de samenleving.

De respondenten stellen ook verbeteringen voor die vermoedelijk goed door te voeren zijn. Voorbeelden hiervan zijn het verkleinen van de afstand tot de (huis)arts door vaker en sneller de arts aan de telefoon te krijgen of doordat de arts minder vaktaal gebruikt in zijn/haar uitleg. Bij deze suggesties kan in ogenschouw worden genomen dat alle lagere sociaal-economische klassen hier tegenaan lopen, en dus niet alleen de doelgroep van dit onderzoek. (Huis)artsen kunnen daarop in (leren) spelen door te differentiëren tussen verschillende patiënten waar mogelijk.

6. Discussie

De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op literatuurstudie en bijna vijftig interviews met de doelgroep van dit onderzoek: klanten van Voedselbank Groningen Stad. Op deze manier wordt een goed beeld getracht te schetsen van de houding van de respondenten ten opzichte van de gezondheidszorg. Toch kent het onderzoek enkele aandachtspunten en beperkingen. Deze worden hieronder toegelicht.

Ten eerste is er mogelijk sprake van een sociale wenselijkheid-bias. Hoewel het een voordeel is dat respondenten relatief anoniem kunnen antwoorden omdat ze de interviewer niet zien (de interviews werden telefonisch afgenomen), bestaat het risico dat ze sociaal wenselijke antwoorden geven. Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat ze iemand spreken in plaats van een enquête invullen en daardoor de behoefte voelen om zich anders voor te doen. Dit wordt versterkt door het bevragen van persoonlijke informatie zoals omvang van schulden en gezondheid. Hierbij aansluitend is er mogelijk ook sprake van een zelfrapportage-bias. Respondenten zijn mogelijk niet in staat om objectief bepaalde situaties in te schatten, bijvoorbeeld de eigen gezondheidstoestand en of de arts goed begrepen wordt. Hierdoor kan er een vertekend beeld worden gecreëerd van de werkelijke, objectieve gezondheidssituatie van de patiënten zoals die door een professional ingeschat zou worden en van de werkelijke mate van begrip in de communicatie tussen arts en patiënt.

Een tweede aandachtspunt ligt in de dataverzamelmethode: telefonische interviews. Een voordeel van telefonische interviews is dat de aanpak relatief persoonlijk is en de data snel verwerkt wordt. Bovendien was het de meest geschikte methode aangezien de periode van dataverzameling te midden van de corona-crisis plaatsvond waarbij afstand tot andere personen (en dus respondenten) moest worden gehouden. Om deze redenen is gekozen voor telefonische interviews. Echter, deze methode is niet zonder beperkingen. Een nadeel is namelijk dat de respondenten noch de vragen noch de antwoordcategorieën kunnen lezen, waardoor de te stellen vragen relatief eenvoudig en qua aantal beperkt moeten zijn. Dit zorgde ervoor dat niet op alle antwoorden kon worden doorgevraagd. Een voorbeeld hiervan is dat men wel is bevraagd op de mate van bezorgdheid over eigen gezondheid of van diens gezinsleden, maar niet waar die mogelijke bezorgdheid vandaan komt.

Een andere beperking van het onderzoek zou kunnen zijn dat er geen controlegroep aanwezig was, bijvoorbeeld in de vorm van een algemene populatie zonder schulden die geen klant is van de Voedselbank. Doordat deze groep niet aanwezig was, is het bij een heel aantal uitkomsten moeilijker om een inschatting te geven van de uitkomst omdat een referentiekader ontbreekt. Populatieonderzoeken onder alle Nederlanders zijn namelijk niet representatief voor de populatie Voedselbankklanten. Er lopen bijvoorbeeld weinig gepensioneerden bij de Voedselbank en veel

mensen met een schuld (Sociaal Planbureau Groningen, z.d.). Dit bemoeilijkt bijvoorbeeld het beoordelen van de hoeveelheid zorggebruik en de gezondheidssituatie van de respondenten. Zo kan bijvoorbeeld het percentage chronisch zieken binnen de onderzoekspopulatie niet representatief worden beoordeeld met literatuurbronnen (Nielen et al. 2019).

Tot slot is er mogelijk sprake van een niet geheel representatieve steekproef, oftewel een selectiebias. Voorafgaand aan de dataverzameling konden bezoekers van Voedselbank Groningen Stad aangeven af te zien van deelname. Het is goed mogelijk dat juist de individuen die veel stress, spanning of zorgen hebben over hun situatie - en daarbij mogelijke mentale of fysieke klachten - afzien van deelname omdat het tijd en energie kost. Als dit het geval is, kan er vertekening optreden in de onderzoeksresultaten. Het aantal respondenten (N=49) en de mogelijk niet geheel representatieve steekproef zorgen ervoor dat de resultaten met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd en niet zonder meer kunnen worden gegeneraliseerd naar de gehele populatie van klanten van Voedselbank Groningen Stad.

Hoewel bovenstaande beperkingen bestaan, kent het onderzoek ook sterke punten. De resultaten bieden inzicht in houding van bezoekers van Voedselbank Groningen Stad ten opzichte van gezondheidszorg. Bovendien vergroten de onderzoeksresultaten de kennis over de mentale en fysieke gezondheidstoestand van deze doelgroep, de invloed van financiële krapte op zorggebruik, wat de doelgroep nodig heeft om gezonder te worden, welke veranderingen zij voorstellen voor het Nederlandse zorgsysteem. Waar in de wetenschappelijke literatuur al kennis te vinden was over de relatie tussen een lage sociaal-economische status en gezondheid, vult dit onderzoek kennis aan over de specifieke context van Voedselbank bezoekers in Groningen.

Daarnaast is om bovenstaande kennis te vergaren, gekozen voor een interviewschema waarin zowel open als gesloten vragen waren opgenomen. Dit zorgde voor een dynamisch vraaggesprek waarbij de respondent ruimte kreeg om toelichting te geven bij verschillende vragen. Zo kon verdiepende informatie worden vergaard over de perceptie van de klanten van Voedselbank Groningen Stad ten aanzien van gezondheidszorg. De betrouwbaarheid van de dataverzameling is daarmee verhoogd.

Literatuurlijst

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*, 15, 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>

Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542–573. <https://doi.org/10.1086/288768>

Campbell, K. E., Marsden, P. V., & Hurlbert, J. S. (1986). Social Resources and Socioeconomic Status. *Social Networks*, 8(1), 97–117. [https://doi.org/10.1016/S0378-8733\(86\)80017-X](https://doi.org/10.1016/S0378-8733(86)80017-X)

Clarke, A. (2010). *The sociology of health* (2nd ed.). London, Engeland: Routledge.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.

De Halterse Krant & De Zuidwest Krant (18-04-2020). ‘Voedselbank Goed Ontmoet verwacht toename klanten’. De Halterse Krant & De Zuidwest Krant. Geraadpleegd van: <https://www.halterse-zuidwestkrant.nl/nieuws/algemeen/19150/voedselbank-goed-ontmoet-verwacht-toename-klanten->

De Paepe, E. (15-04-2020). ‘Grote toeloop op voedselbank Gooi & Omstreken: ‘wie het nodig heeft, krijgt een pakket’. De Gooi- en Eemlander. Geraadpleegd van: https://www.gooieneemlander.nl/cnt/dmf20200415_82910754/grote-toeloop-op-voedselbank-gooi-omstreken-wie-het-nodig-heeft-krijgt-een-pakket?utm_source=google&utm_medium=organic

Defoer, N (06-03-2019). ‘Steeds meer mensen gaan naar de voedselbank.’ *Metro Nieuws*. Geraadpleegd van <https://www.metronieuws.nl/in-het-nieuws/2019/03/steeds-meer-mensen-gaan-naar-de-voedselbank>

Flevopost.nl (27-11-2018). “Dokter, ik doe het niet. Ik kan niet naar een ander ziekenhuis!” *FlevoPost*. Geraadpleegd van https://flevopost.nl/artikel/560370/dokter-ik-doe-het-niet-ik-kan-niet-naar-een-ander-ziekenhuis.html?harvest_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

Flinterman, F., Bisscheroux, P., Dijkema, P., Den Hertog, F., De Jong, M., Vermeer, A., & Vosjan, M. (2019). Positieve Gezondheid en gezondheidspercepties van mensen met een lage SES. Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen, 97, 96–105. <https://doi.org/10.1007/s12508-019-0232-8>

GIC.nl (13-12-2019). 'Subsidie voor armoedeprojecten Voedselbank Groningen en Kledingbank Maxima'. Groningen Internet Courant. Geraadpleegd van: <https://www.gic.nl/innovatie/subsidie-voor-armoedeprojecten-voedselbank-groningen-en-kledingbank-maxima>

Heijmans, M., Brabers, A., & Rademakers, J. (2018). Health Literacy in Nederland. Geraadpleegd van <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/health-literacy-nederland>

Het Streekblad (15-04-2020). 'Henk en Stina Koning van Voedselbank Oldambt verwachten binnenkort 20 procent meer klanten'. Het Streekblad. Geraadpleegd van: https://hetstreekblad.nl/artikel/1097903/henk-en-stina-koning-van-voedselbank-oldambt-verwachten-binnenkort-20-procent-meer-klanten.html?harvest_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

Huber, M. (2011). How should we define health? BMJ. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Huber, M., Van Vliet, M., & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid.' Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 8. Geraadpleegd van <https://www.ntvg.nl/artikelen/heroverweeg-uw-opvatting-van-het-begrip-gezondheid>

Kunst, A. E., Meering, W. J., Varenik, N., Polder, J. J., & Mackenbach, J. P. (2007). Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Geraadpleegd van <https://www.rivm.nl/publicaties/sociale-verschillen-in-zorggebruik-en-zorgkosten-in-nederland-2003-zorg-voor-euros-5>

Nielen, M.M.J., Poos, M.J.J.C., Gommer, A.M. (14-08-19). Chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Geraadpleegd van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-mensen-met-chronische-aandoening-bekend-bij-de-huisarts>

Nos.nl (06-03-2019). 'Opnieuw gaan meer mensen naar de Voedselbank'. NOS Nieuws. Geraadpleegd van <https://nos.nl/artikel/2274740-opnieuw-gaan-meer-mensen-naar-de-voedselbank.html>

Nos.nl (14-09-2019). 'Tien procent Nederlanders mijdt zorg om financiële redenen'. NOS Nieuws. Geraadpleegd van <https://nos.nl/artikel/2131978-tien-procent-nederlanders-mijdt-zorg-om-financiele-redenen.html>

Nos.nl (20-08-2019). 'Meer mensen kloppen aan bij voedselbank'. NOS Nieuws. Geraadpleegd van <https://nos.nl/artikel/2298301-meer-mensen-kloppen-aan-bij-voedselbank.html>

Nos.nl (21-09-2015). 'Veel mensen niet naar arts vanwege eigen risico'. NOS Nieuws. Geraadpleegd van <https://nos.nl/artikel/2058991-veel-mensen-niet-naar-arts-vanwege-eigen-risico.html>

Oldegbers, J. (26-04-2020). 'Minder donaties en meer cliënten: voedselbank voorziet problemen'. De Puttenaer. Geraadpleegd van <https://www.deputtenaer.nl/lokaal/corona/337890/minder-donaties-en-meer-clinten-voedselbank-voorziet-problemen-699606>.

Plantinga, A., Zeelenberg, M. & Breugelmans, S.M. (2018). De effecten van armoede op voelen, denken en doen. Geraadpleegd van <https://www.arnoudplantinga.nl/pdf/Effecten%20van%20Armoede.pdf>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.) Feiten en cijfers over de relatie tussen armoede en gezondheid. Geraadpleegd van <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/themadossiers/armoede-schulden-en-gezondheid/relatie-armoede-en-gezondheid#1>

Rosenthal, K.R., Gesten, E.L. & Shiffman, S. (1986). Gender and sex role differences in the perception of social support. *Sex Roles*, 14(9), 481-499.

RTL Nieuws (23-01-2017). 'Steeds meer zorgmijders: 'Spelen met je leven om zorgkosten te besparen''. RTL Nieuws. Geraadpleegd van: <https://www.rtlnieuws.nl/gezondheid/artikel/236686/steeds-meer-zorgmijders-spelen-met-je-leven-om-zorgkosten-te-besparen>

RTV Noord (22-11-2019). 'Voedselbank ziet nieuwe groep cliënten: werkende armen.' RTV Noord. Geraadpleegd van <https://www.rtvnoord.nl/nieuws/215951/Voedselbank-ziet-nieuwe-groep-clienten-werkende-armen>

Schmeets, J. P. J. M., Droomers, M., & Westert, G. P. (2013). Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Geraadpleegd van https://www.researchgate.net/publication/27452175_Sociaal-economische_status_en_toegankelijkheid_van_zorg_in_Nederland

Schrijvers, C. T., Stronks, K., Van de Mheen, H. D., & Mackenbach, J. P. (1999). Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *American Journal of Public Health*, 89(4), 535–540. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.4.535>.

Sloot, E. (10-04-2020). 'Voedselbanken verwachten tienduizenden extra klanten'. *Nederlands Dagblad*. Geraadpleegd van: <https://www.nd.nl/nieuws/nederland/965596/voedselbanken-verwachten-tienduizenden-extra-klanten>

Smith, K., Monti, D., Mir, N., Peters, E., Tipitneni, R. & M. Politi (2018). 'Access is necessary but not sufficient: factors influencing delay and avoidance of health care services', in: *Society for Medical Decision Making*, 1-11. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2381468318760298>

Smits, J. P. J. M., Droomers, M., & Westert, G. P. (2003). Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Geraadpleegd van https://www.researchgate.net/profile/Mariel_Droomers/publication/27452175_Sociaal-economische_status_en_toegankelijkheid_van_zorg_in_Nederland/links/00b7d52b15e4596506000000.pdf

Sociaal Planbureau Groningen. (n.d.). Ontwikkelingen in (langdurig) laag inkomen. Geraadpleegd April 6, 2020, van <https://sociaalplanbureaugroningen.nl/armoede/lage-inkomens/>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1). Geraadpleegd van <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

Tiemeyer, W. (2016). Eigen schuld? Een gedragswetenschappelijk perspectief op problematische schulden. Geraadpleegd van <https://www.wrr.nl/publicaties/verkenningen/2016/06/30/eigen-schuld-een-gedragswetenschappelijk-perspectief-op-problematische-schulden>

Van Kempen, J. (08-11-2017). 'Amsterdam vergoedt eigen risico ggz-behandeling voor jongeren.' Het Parool. Geraadpleegd van <https://www.parool.nl/nieuws/amsterdam-vergoedt-eigen-risico-ggz-behandeling-voor-jongeren~b7e75de7/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

Van Lenthe, F. J., Gevers, E., Joung, I. M. A., Bosma, H., & Mackenbach, J. P. (2002). Material and Behavioral Factors in the Explanation of Educational Differences in Incidence of Acute Myocardial Infarction: The Globe Study. *Annals of Epidemiology*, 12(8), 535–542. [https://doi.org/10.1016/s1047-2797\(01\)00279-4](https://doi.org/10.1016/s1047-2797(01)00279-4)

Van Loef, G. (17-10-2018). 'Nederlandse zorg valt van haar voetstuk.' Medisch Contact. Geraadpleegd van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/nederlandse-zorg-valt-van-haar-voetstuk.htm>

Van Ommeren, C. M., De Ruig, L. S., & Vroonhof, P. (2009). Huishoudens in de rode cijfers. Geraadpleegd van <https://www.panteia.nl/uploads/sites/2/2017/01/Huishoudens-in-de-rode-cijfers-2009.pdf>

Van Rijnsoever, M. P., Tromp, E., Waterlander, W. E., Schütz, F. N., & Steenhuis, I. H. M. (2011). Verschillen in leefstijl en gezondheid tussen mensen met en zonder schulden. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89(1), 43–50. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.proxy-ub.rug.nl/content/pdf/10.1007/s12508-011-0017-1.pdf>

Verkuil, B. & Van Emmerik, A. (2007). Omgaan met stress en burnout. *Psychopraxis*, 9(6), 243-247.

[Voedselbank Groningen https://www.voedselbank-groningen.nl/informatie/algemeen](https://www.voedselbank-groningen.nl/informatie/algemeen)

Voedselbanken.nl (datum onbekend). Wij verlichten de armoede! Groningen: Voedselbank Groningen Stad.

WEEFF (18-04-2020). 'Voedselbank West-Friesland ziet lichte groei in aantal klanten'. NH Nieuws. Geraadpleegd van <https://www.nhnieuws.nl/nieuws/265814/voedselbank-west-friesland-ziet-lichte-groei-in-aantal-klanten>

Westhof, F., & De Ruig, L. (2015). Huishoudens in de rode cijfers 2015 - Over schulden van Nederlandse huishoudens en preventiemogelijkheden. Geraadpleegd van <https://www.financieelfittewerknemers.nl/bibliotheek/Rapporten/huishoudens-in-de-rode-cijfers-2015.pdf>

Bijlage 1: Mail klanten

Beste meneer/mevrouw,

Vanuit de Voedselbank Groningen Stad voeren we, in samenwerking met studenten van de Rijksuniversiteit Groningen, een onderzoek uit. De Voedselbank Groningen Stad wil met dit onderzoek in kaart brengen hoe klanten van de Voedselbank tegen (medische) zorg aankijken. U kunt bij medische zorg denken aan de huisarts of bijvoorbeeld de tandarts.

Vanaf de week van 18 mei kunt u gebeld worden voor dit onderzoek. Wij zullen u dan telefonisch een aantal vragen stellen. Dat zal ongeveer 15-20 minuten duren. Mocht het u op dat moment niet uitkomen, dan kunnen we u ook altijd op een later moment terugbellen. Wilt u niet gebeld worden? Dan heeft u tot 15 mei de tijd om op deze mail te reageren dat u niet gebeld wil worden. Wij zullen u dan niet benaderen voor deelname aan het onderzoek.

Deelname aan het onderzoek is volledig vrijwillig en te allen tijde anoniem.

Hartelijke groet,
Namens Voedselbank Groningen Stad
Bas Wiersma, Bram Kottink, Jitske van der Wijk en Ann Lankhorst

Bijlage 2: Vragenlijst

<i>Persoonlijke gegevens en (eventuele) schuldensituatie</i>
1. Wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw geslacht?
3. Wat is uw gezinssituatie? (partner?, hoeveel kinderen ?)
4. Wat is uw hoogste opleidingsniveau dat u heeft afgerond?
5. Ter introductie: heeft u schulden? (Aangezien alle klanten schulden zullen hebben) ☐ Als u schulden heeft: kunt u een indicatie geven van hoe hoog uw schulden zijn?
6. Hoe bent u in de schulden terecht gekomen?
<i>Vragen omtrent gezondheid en medische zorg</i>
7. Hoe zou u over het algemeen uw lichamelijke gezondheid beoordelen?
8. Hoe zou u over het algemeen uw mentale gezondheid beoordelen?
9. Wat doet u er zelf aan om gezond te blijven? (Mag zowel over fysiek en/of mentaal gaan)
10. Hoe vaak per jaar bezoekt u de tandarts?
11. (Vul deze vraag alleen in als u nooit/0 keer per jaar naar de tandarts gaat.) Wanneer is de laatste keer dat u naar de tandarts bent geweest?

12. <i>Waarom bent u en/of uw gezinsleden in het afgelopen jaar nooit naar de tandarts geweest?</i>
13. <i>Is uw kind wel eens in aanmerking gekomen voor een beugel maar is dit niet gebeurt?</i>
14. <i>Hoe vaak per jaar bezoekt u of krijgt u bezoek van de huisarts?</i>
15. <i>Hoe is uw contact met uw huisarts?</i>
16. <i>Heeft u (of een gezinslid) een chronische ziekte? Denk bijvoorbeeld aan reuma, diabetes, hoog cholesterol, hoge bloeddruk of een aandoening/ziekte binnen de familie etc. waarvoor controles en/of medicatie nodig zijn. NB: bij de vraag benoemen: 'bijvoorbeeld depressie, hoge bloeddruk, hoog cholesterol of diabetes?'</i>
17. <i>Komt u (of uw gezinslid) bij een zorgverlener hiervoor? (eventueel hier voorbeelden aandragen zoals: arts, verpleegkundige, psycholoog of praktijkondersteuner -></i>
18. <i>Slikt u (of uw gezinslid) hiervoor ook medicatie?</i>
19. <i>Hoelang heeft u (of uw gezinslid) deze (chronische) ziekte of aandoening al?</i>
20. <i>Gebruikt u of uw gezinsleden op dit moment nog andere medicijnen? (op recept)</i>
21. <i>Slikt u of uw gezinsleden sommige medicijnen minder vaak of vaker dan voorgeschreven?</i>
22. <i>Gebruikt u of uw gezinsleden medicijnen of andere zorgmiddelen van de drogist (Kruidvat, Etos, DA of een andere winkel)?</i>
23. <i>Heeft u of uw gezinsleden nog andere controles of afspraken bij zorgverleners?</i>
24. <i>Heeft u momenteel lichamelijke of geestelijke klachten waarvoor u niet naar een zorgverlener gaat? En/of iemand uit het gezin?</i>
25. <i>(Vul deze vraag alleen is als u bij vraag 29 'Ja' heeft geantwoord.) Waarom zoekt u of uw gezinsleden geen hulp voor deze klachten?</i>
26. <i>Heeft u doordat u geen hulp voor dit probleem zoekt het gevoel dat dit uw leven negatief beïnvloed?</i>

<i>(Voelt u zich er bijvoorbeeld gestrest, angstig of somber door?)</i>
27. <i>Vindt u medische zorg betaalbaar?</i>
28. Heeft u het gevoel dat de medische zorg voldoende bereikbaar is voor u? (zowel digitaal/telefonisch als fysiek)
29. <i>Wanneer u een (huis)arts bezoekt kunt u dan de arts goed begrijpen en is het duidelijk voor u?</i>
30. <i>Heeft u vertrouwen in de medische zorg?</i>
31. <i>Maakt u zich wel eens zorgen over uw eigen gezondheid? Of andere gezinsleden?</i>
32. <i>Wat heeft u nodig om gezond(er) te worden/blijven?</i>
33. <i>Wat kan er voor u verbeterd worden aan de medische zorg?</i> <i>Denk bijvoorbeeld aan lagere zorgpremie's, kortere wachttijden of betere vervoersmogelijkheden van/naar zorginstellingen</i>